

Eva Villas Pérez

Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Ruiz Lázaro, Pedro Manuel

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES TEMPRANOS DEL NORTE DE ESPAÑA

Autor

Eva Villas Pérez

Director/es

Ruiz Lázaro, Pedro Manuel

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2013

Universidad de Zaragoza
Facultad de Medicina

**PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES TEMPRANOS
DEL NORTE DE ESPAÑA**

Tesis Doctoral
Eva Villas Pérez
2013



**Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología,
Facultad de Medicina,
Universidad de Zaragoza**

Programa de doctorado: Medicina, Psiquiatría y Dermatología (1007-5)

Título del presente trabajo:

Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España

Palabras Clave: TCA; Anorexia nerviosa; Bulimia; TCANE; Prevalencia; Riesgo; Prevención; Promoción de la salud; EAT-26; adolescentes tempranos

Áreas de Conocimiento del Consejo de Universidades:

745 (Psiquiatría); 615 (Medicina preventiva y Salud Pública)

Materias de la UNESCO: 3211 (Psiquiatría); 3202 (Epidemiología)

Memoria para optar al grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza
presentada por:

Eva Villas Pérez

Director de la Tesis:

Dr. Pedro M. Ruiz Lázaro,

Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Profesor Asociado de Psiquiatría Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

Junio de 2013

*Fotografía de portada: Fachada lateral de la antigua Facultad de Medicina de
Zaragoza, Edificio Paraninfo. Inicios del s. XX*

El abajo Firmante D. Pedro Manuel Ruiz Lázaro, F.E.A de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCUZ) y Profesor Asociado de Psiquiatría, perteneciente al Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza,

HACE CONSTAR:

Que el trabajo original de investigación titulado: “Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España”, que presenta Dña. Eva Villas Pérez, ha sido realizado bajo mi dirección y se considera adecuado para ser defendido como Tesis para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Y que en cumplimiento de la normativa vigente establecida en los Artículos 21 y 22 del Real Decreto 1393/2007 (BOE de 30 de octubre), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y en el Título II del Acuerdo de 17/12/2008 del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza, relativo al “Reglamento sobre Tesis Doctorales”, el trabajo mencionado en el párrafo anterior se corresponde con el Proyecto de Tesis presentado por Eva Villas Pérez y aprobado el 10 de abril de 2012. Asimismo, se destacan los aspectos más notables del trabajo que, a juicio del abajo firmante, son los siguientes:

- La revisión bibliográfica es adecuada y está actualizada.
- El motivo del estudio esta justificado, dado el incremento en la prevalencia de los Trastornos de conducta alimentaria en nuestra sociedad.
- Se plantean objetivos concretos a estudio, plasmados en unas hipótesis de trabajo, y se aplica una metodología adecuada para su investigación.
- La aplicación de un programa preventivo de trastornos de conducta alimentaria dirigido a adolescentes tempranos y de carácter multicéntrico resulta novedoso.
- Se presentan resultados que se discuten en el contexto de la bibliografía nacional e internacional, y se finaliza con unas conclusiones que vienen respaldadas por los resultados hallados.
- Estas conclusiones son relevantes para la práctica médica y la salud pública.

Zaragoza, a 28 de junio de 2013

Fdo: Pedro Manuel Ruiz Lázaro

Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría HCUZ
Profesor Asociado Psiquiatría-Universidad de Zaragoza

Agradecimientos:

Al Director de esta Tesis, el Dr. Pedro Ruiz, por la confianza depositada al contar conmigo en su grupo de trabajo y compartir tan generosamente este proyecto. Gracias por todo su trabajo previo, su ejemplo investigador y su labor de guía a lo largo de este Doctorado.

Gracias al Grupo ZARIMA en Zaragoza (compañeros de intensas y emocionantes mañanas en institutos y colegios) y a los miembros del resto de grupos de trabajo de otras provincias. Fundamental la tarea de todos ellos en las aulas para que este proyecto exista. Especiales gracias a David y Silvia, en buena compañía el trabajo duro se hace más llevadero. Principalmente a David: gracias, gracias y más gracias. Sin su vitalidad, capacidad de trabajo, empeño y apoyo en momentos de auténtica desesperación, este texto no hubiera llegado más allá de la introducción.

A los adolescentes protagonistas de este estudio: su espontaneidad y su energía pusieron a prueba nuestra entereza en las aulas. No habría proyecto sin su participación.

A Alberto Cebollada por su valiosísimo e imprescindible trabajo estadístico. Gracias por su disposición, optimismo y buen hacer.

Al Servicio de Psiquiatría del HCU, donde aprendí lo que es un TCA, la importancia de prevenir, y lo serio y complicado que es investigar. Gracias a todos los que me acompañaron en aquella etapa de formación y que de un modo u otro contribuyeron a este trabajo.

Gracias también a todos los que aparecieron posteriormente en mi camino clínico y me alentaron a concluirlo: UHP II del Hospital de Navarra; antigua USM del Hospital Provincial (para siempre mi USM de referencia); compañeros y amigos del Servicio de Psiquiatría de Teruel; y gracias al Hospital Neuropsiquiátrico del Carmen, trabajadores y residentes, por confiar en mí en tiempos de crisis y por facilitarme el entorno perfecto para el empujón final de este trabajo.

A mi abuela, mi madre y mi hermana, por su incansable e incondicional apoyo moral, afectivo y logístico. Especialmente a mi madre: iniciarme en Word, aprender a guardar el texto de vez en cuando para no tener disgustos, sacar la Selectividad, entrar en Medicina, aprobar uno a uno los exámenes de la carrera hasta llegar al MIR, este doctorado...nada hubiera sido posible sin su valor y su cariño.

Y gracias a Eduardo, mi perfecto compañero de aventuras domésticas, transoceánicas, laborales...y ahora también investigadoras. Hasta la más larga de las tardes de ordenador se convierte en un regalo si él está cerca.

Por último, a todos aquellos, amigos y familia, que en algún momento se han atrevido a preguntar eso de “¿qué tal vas con la tesis?”... gracias por aguantar estoicamente la respuesta. Ahora sí, por fin: ya está.

A mi yaya María.

*‘Por ello, amigos míos, os insto a todos, sin escatimar tiempo, dinero o trabajo,
a que os embarquéis con todas vuestras fuerzas en este saludable arte, el de
preservar la vida humana’.*

Marsilio Ficino, estadista, filósofo, sacerdote y ‘promotor de la salud’.
1433-1499, Florencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	17
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 CONCEPTO Y TIPOS	23
2.1.1 Anorexia nerviosa	23
2.1.2 Bulimia	25
2.1.3 Trastorno alimentario no especificado	26
2.1.4 Trastorno por atracón	26
2.2 EPIDEMIOLOGÍA	26
2.3 PREVENCIÓN	28
2.3.1 Prevención primaria	29
2.3.2 Promoción de la Salud	30
2.3.3 Educación para la salud	30
2.4 PREVENCIÓN EN TCA, UN TEMA CONTROVERTIDO	32
2.4.1 ¿Iatrogenia?	32
2.4.2 Enfoque de los nuevos trabajos	34
3. ANTECEDENTES:	
TRABAJOS PREVIOS DE PREVENCIÓN DE TCA	37
3.1. PREVENCIÓN EN EL EXTRANJERO	39
3.2. PREVENCIÓN EN ESPAÑA	45
3.2.1 Programas previos nacionales	45
3.2.2 Programa piloto ZARIMA 1999	54
3.3 METANÁLISIS PREVIOS	58
4. METODOLOGÍA	65
4.1 OBJETIVOS	67
4.2 HIPÓTESIS	68
4.3 DISEÑO	69
4.4 MUESTRA	69
4.5 VARIABLES	70
4.5.1 Eating Attitudes Test (EAT)	70
4.5.2 Eating Disorder Inventory (EDI)	72
4.5.3 Escala de satisfacción corporal (SCP)	72
4.5.4 Cuestionario de conocimientos en nutrición	72
4.5.5 Figura humana ideal	73
4.5.6 Variables sociodemográficas	73
4.5.6 Mediciones clínicas, datos antropométrico	73

4.6 GRUPO ZARIMA-PREVENCIÓN	73
4.7 EVALUACIÓN ESTÁNDAR	74
4.8 REEVALUACIÓN	75
4.9 TRABAJO DE CAMPO	76
4.9.1 Consentimiento informado	76
4.9.2 Estandarización del equipo	77
4.9.3 Recogida de datos y puesta en marcha	77
4.9.4 El programa preventivo	79
4.10 ANÁLISIS DE DATOS	85
5. RESULTADOS	87
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA INICIAL	89
5.2 PÉRDIDAS	97
5.3 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO INICIAL: EVALUACIÓN ESTÁNDAR	100
5.4 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL TALLER	107
5.4.1 Evolución del riesgo de TCA	107
5.4.2 Evolución del riesgo en cada ciudad	111
5.4.3 Evolución del riesgo en cada sexo	118
5.4.4 Evolución de la incidencia de diagnósticos	125
5.4.5 Repercusión del taller en los distintos cuestionarios	133
5.4.6 Eficacia del taller en función del riesgo previo	142
6. DISCUSIÓN	151
6.1 DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA	153
6.2 DISCUSIÓN DEL CONTENIDO DEL PROGRAMA	161
6.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	168
6.3.1 Respecto al programa piloto	184
6.4 PUNTOS FUERTES	186
6.5. LIMITACIONES	188
6.6 RECOMENDACIONES	194
6.7 RELEVANCIA E IMPLICACIONES CLÍNICAS	197
7. CONCLUSIONES	203
8. BIBLIOGRAFÍA	205
9. ANEXOS	223

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nerviosa
APA	American Psychiatry Association
BED	Binge Eating Disorder
BSQ	[Body Shape Questionnaire]
BN	Bulimia Nerviosa
BNP	Bulimia Nerviosa Atípica
BNP	Bulimia Nerviosa Purgativa
CEICA	Comité Ético de Investigación Clínica
ChEAT	[Children Eating Attitude Test]
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición
CIMEC	[Cuestionario Influencias Modelo Estético Corporal]
DSM-IV	[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Edition]
DSM-V	[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª Edition]
EDI	[Eating Disorder Inventory]
EAT	[Eating Attitude Test]
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
GC	Grupo Control
GI	Grupo Intervención
IA	Impulso a la delgadez
IC	Insatisfacción corporal
IMC	Índice de Masa Corporal
OMS	Organización Mundial de la Salud
POST	Etapa postseguimiento
PRE	Etapa preseguimiento
PSE	Present State Examination
TCA	Trastorno de Conducta Alimentaria
TCANE	Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado
SCAN	[Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry]
SEG	Etapa seguimiento
SPC	[Escala de Satisfacción con el Propio Cuerpo]
SPSS	[Statistical Package for the Social Sciences]
UTCA	Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria
VPP	Valor Predictivo Positivo

1. INTRODUCCIÓN



Los trastornos de la alimentación no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar (Ruiz, 1999b). Hasta donde nos lleva la memoria, han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad (Serrato, 2000), lo que sí resulta novedoso es la virulencia con la que se presentan en la sociedad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético (Bañuelos, 1994; Crispo, Figueroa, Guelar, 1996).

Durante los últimos veinte años, coincidiendo con el hecho de que las mujeres extremadamente delgadas y sin curvas han pasado a ser la norma en los medios de comunicación, se ha producido un fuerte incremento en la incidencia de Anorexia y Bulimia (Kendler y cols, 1991, Lucas y cols, 1991, Gordon, 1990), suponiendo, hoy en día, un problema de salud pública. Se trata de enfermedades que comprometen la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes, afectando no sólo a ellas mismas sino también a su familia y al entorno más próximo, lo que hace necesario un abordaje interdisciplinar (Garcés, 2005). Es importante considerar el hecho de que a pesar de que la Anorexia Nerviosa es la enfermedad más letal de la Psiquiatría, con una mortalidad de alrededor del 5,6 % por década de enfermedad, pocos pacientes consultan espontáneamente por conductas alimentarias patológicas (Alva, Cukier, 2009). Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías que no sobrevienen bruscamente, sino que se instauran poco a poco, sin que al principio nadie lo aprecie, ni paciente, ni familia (Villena, Castillo, 1999). Agrava la situación el hecho de que en algunos casos los pacientes ni siquiera reconozcan sus conductas alimentarias como patológicas. Incluso muchos de ellos, con características anoréxicas, rechazan la ayuda que se les ofrece y otros, con bulimia, sufren culpa y vergüenza o niegan sus síntomas (Alva, 2009).

Resulta complicado prevenir una enfermedad cuando sobreviene de tal manera que nadie podría haberlo evitado: ni el propio paciente ni quienes de alguna manera son responsables de su salud: padres, educadores, sistema sanitario... Pero éste no es el caso de los TCA, pues al igual que muchas otras enfermedades se pueden considerar más o menos conductuales. Por ello, cabe pensar que un cambio de actitudes y comportamientos podría evitar el desarrollo de estos trastornos y, por tanto, reducir su incidencia y mortalidad (Villena, Castillo, 1999).

A día de hoy la importante prevalencia de los TCA, su difícil, largo y costoso tratamiento así como las posibles y graves complicaciones que pueden agravar su curso (cuadros afectivos, consumo de tóxicos, obesidad, daños orgánicos, intentos de suicidio...) está más que ratificada. Sin embargo, son los programas preventivos dirigidos a esta patología los que no acaban de convencer de su eficacia. La prevención primaria, arma de la que disponemos para evitar que surjan nuevos casos, presenta hoy por hoy muchos déficits que hacen que dicha labor no obtenga resultados del todo satisfactorios (Soldado, 2006). Es urgente la necesidad de desarrollar e implementar intervenciones eficaces en la

línea de prevención y detección temprana, ya que estos problemas de salud pública han crecido junto con el reconocimiento de las dificultades del tratamiento y la naturaleza refractaria de la obesidad y los TCA (Raich, 2011).

Nos dispondremos así a presentar un nuevo programa de prevención primaria centrado en este tipo de trastornos. Para ello recordaremos brevemente el concepto de trastorno alimentario y repasaremos los diferentes tipos. Trataremos de exponer al lector la importancia de la promoción de la salud en nuestros días. Plantearemos el porqué de su necesidad en los TCAs apoyándonos en datos epidemiológicos actualizados y nos pondremos manos a la obra: aplicaremos un programa de prevención de TCAs en adolescentes españoles.

Justificaremos su diseño revisando proyectos previos de otros autores, tanto nacionales como extranjeros y, en base a un minucioso análisis de los mismos, diseñaremos un proyecto que mejore los resultados obtenidos hasta la fecha y demostraremos su eficacia.

2. MARCO TEÓRICO



2.1 CONCEPTO DE TCA Y TIPOS

El término trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se refiere a una colección de síntomas y sensaciones relacionados con la conducta de alimentación, el peso, el propio cuerpo y la comida misma (Levens, 1995). En la actualidad comprende la tradicional tríada de patología alimentaria: anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), y el diagnóstico experimental del “Binge Eating Disorder” (BED) o trastorno por ingesta voraz o por atracón, o ingesta compulsiva, o sobreingesta compulsiva, propuesto por el grupo de Robert Spitzer de la Universidad de Columbia (Ruiz, 1999b).

Las manifestaciones de estos trastornos a lo largo del tiempo nos llevan a pensar en afecciones de carácter mutante, que han ido variando según la época. Puesto que a día de hoy se trata ya de conceptos ampliamente estudiados y divulgados, nos limitaremos a recordar los criterios diagnósticos de los trastornos más específicos y comunes según las guías clínicas vigentes. Añadimos brevemente las últimas modificaciones de criterios recogidas en la recientemente publicada DSM-5.

2.1.1 ANOREXIA NERVIOSA

Criterios Diagnósticos según DSM-IV-TR

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.e., con la administración de estrógenos).

Subtipos:

- Tipo restrictivo: Caracterizado por cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No se recurre a atracones ni a purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.e. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios Diagnósticos según DSM-5

En esta nueva edición del DSM, el criterio A pasa a centrarse en comportamientos (“la restricción del consumo energético”) y desaparece el término “rechazo” referente a la negativa a mantener el peso corporal, la cual implicaba una intención por parte de los pacientes que resultaba difícil de cuantificar.

Desaparece el criterio D puesto que no puede ser aplicado a varones, ni tampoco a mujeres en edades premenárrquicas, postmenopáusicas o en tratamiento con anticonceptivos orales. Además, en algunos casos, algunos sujetos pueden presentar otros síntomas pero todavía mantener la menstruación.

Criterios diagnósticos según CIE-10

A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.

B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:

- La evitación de alimentos “que engordan”
- Vómitos autoprovocados
- Purgas intestinales autoprovocadas
- Ejercicio físico excesivo
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras anticonceptivas).

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso se detiene el crecimiento.

2.1.2 BULIMIA NERVIOSA

Criterios Diagnósticos según DSM-IV-TR

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.e., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.e., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio físico excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Criterios Diagnósticos según DSM-5

El cambio fundamental respecto al DSM-IV lo encontramos en el criterio C: la DSM-5 reduce la frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias de dos veces por semana en un periodo de tres meses a una vez por semana en un periodo de tres meses.

Criterios Diagnósticos según CIE-10

A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.

B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes: Vómito autoprovocado. Abuso de laxantes. Períodos de ayuno. Consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.

D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de miedo a la obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

2.1.3 TCA NO ESPECIFICADO

Tanto DSM como CIE incluyen el TCA no especificado (TCANE, F50.9) en sus manuales diagnósticos: serían aquellos cuadros que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico. DSM IV TR señala los casos más comunes de este tipo:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para AN, pero la menstruación es regular.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.e., provocación del vómito después de haber comidos dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Con la publicación de DSM-5 la APA pretende minimizar el número de casos que reciben este diagnóstico.

2.1.4 TRASTORNO POR ATRACÓN

Surgió este subtipo dentro de los TCANes. Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típica de la BN.

Criterios diagnósticos según DSM IV

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.e. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar el atracón.

D. Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.e. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.

Criterios Diagnósticos según DSM-5

Hasta la aparición de esta edición el Trastorno por atracón no era reconocido como una categoría propia, sino que estaba catalogado dentro de los Trastornos de conducta alimentaria no especificados. Ahora sí se le asigna una categoría específica.

Por último, señalamos que el DSM-5 recoge los diagnósticos de pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez que hasta entonces se incluían en la sección de Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, capítulo que ya no existe en el DSM-5.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Los primeros estudios de prevalencia de TCA en población general que incluyen entrevista diagnóstica, se realizaron a finales de los años 80 (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda, Muñoz, 2003) y nuestro país, de no poseer apenas datos fiables sobre la epidemiología de estos trastornos hace diez años, en una década ha pasado a ser uno de los países europeos con más grupos de trabajo y estudios metodológicamente rigurosos (Ruiz y cols, 2010).

Para dar al lector una idea de la prevalencia, y así, de la trascendencia de la patología, citaremos algunos de los estudios más actuales y relevantes en esta materia:

- En **EEUU** en 2001, Woodside y sus colaboradores, calculaban una prevalencia de AN en varones del 0,9% frente al 1,8% en mujeres y una prevalencia de un TCA en varones del 2% frente al 4,8% en mujeres. Años antes, en 1995, estudiaban también sujetos más jóvenes obteniendo cifras (según el DSM-III-R) en la población masculina del 0,1% y en la población femenina de 1,1%. Si estas cifras se hallaban en una población de 15 años en adelante, Lewinsohn (2000) encontraba que la tasa de prevalencia variaba según la edad, siendo más alta entre los 18 y los 19 años: 1,5% para AN y un 2% para BN. Por su parte, Hoeck (2002) calculó que en un año un 1,8% de chicas jóvenes experimentaban síntomas de TCA.

En una revisión bibliográfica realizada por Walsh en MEDLINE entre 1994 y 1999 concluyó que el 95 % de las pacientes con anorexia nerviosa eran mujeres: su prevalencia se estimaba en el 1 % entre mujeres de 16 a 25 años, y la de bulimia nerviosa, entre el 3 y el 10 %.

- En cuanto a **Europa**, en un estudio italiano en 1993, Rathner y Messner calculaban una prevalencia en TCA de 1,6%, donde el 0,6% eran casos de AN, ningún caso de BN, 0,6% casos subclínicos de AN y 0,4% casos subclínicos de BN. En Budapest (Hungría) en 2004 se

encontró una prevalencia de bulimia nerviosa del 0,6 % y no se detectaron casos de anorexia nerviosa (Tolgyes, Nemessury, 2004).

- En **España**, utilizando criterios DSM-IV, las tasas de prevalencia incluyendo formas subclínicas oscilan entre 3,3% y el 5,6% en adolescentes de entre 12 hasta 20 años de edad (Peláez, Labrador, Raich, 2007). En nuestro país, en general, son más numerosos los estudios de prevalencia en población de riesgo que de casos en población general. En varios trabajos realizados en España en mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, la prevalencia de anorexia nerviosa se sitúa en el 0,3-0,4 %; la de la bulimia nerviosa entre el 0,7-0,8 %, y la de los TCA no especificados se sitúa en el 2,8-12,6% (Julián, Peláez, Ramírez, de la Puente, 2002; Pérez-Gaspar y cols, 2000), con similares resultados para Olesti y colaboradores en 2008. Pérez Gaspar (1997), trabajando con adolescentes mujeres de entre 12 y 21 años de edad en Navarra, obtiene una prevalencia de TCA del 4,1%, donde el 0,3% son de AN, el 0,8% de BN y el 3,1% de TCANE. También en Reus, trabajaron con adolescentes femeninas entre 12 y 21 años de edad: presentaron criterios diagnósticos de anorexia nerviosa del 0,9 % (intervalo de confianza del 95 % [IC 95 %]: 0,4-2,4), de bulimia nerviosa del 2,9 % (IC 95 %: 1,7-4,7), y de otros TCA del 5,3 % (Olesti y cols, 2008). En 1997, Ruiz Lázaro obtiene unos resultados de prevalencia de TCA en estudiantes de secundaria del 4,5% en la muestra femenina, donde el 0,1% son de AN, el 0,6% de BN y el 3,8% de TCANE. Para Petit, 1998, trabajando con estudiantes de entre 12 y 14 años, las cifras eran de un 10% de alumnos con algún factor de riesgo y un 0,5% de TCA.

En cuanto a incidencia, Toro cifró en 8 casos nuevos por cada 100.000 personas al año para la AN, y 12 casos nuevos cada 100.000 personas al año en el caso de la BN (Toro, 2004).

2.3 PREVENCIÓN

Al prevenir pretendemos “prepararnos y disponernos para evitar un riesgo” (RAE, 2001), y eso, a muy grandes rasgos, es lo que nuestro grupo de trabajo se propone: en este caso, prevenir a la población adolescente española, disminuir su riesgo de padecer un TCA.

Para comenzar, recordemos que el estado de evolución de la enfermedad permite diferenciar tres niveles de prevención (San Martín, 1989):

- **Primaria o casual:**

Según la definición de la OMS: conjunto de acciones destinadas a disminuir la incidencia de enfermedad en una población descendiendo el riesgo de aparición de nuevos casos.

Se trata en este nivel de impedir la aparición de enfermedad por procedimientos específicos, bien por acciones preventivas sobre el medio social,

bien por modificaciones en el psiquismo de los individuos, bien por cambio de comportamientos, bien por educación sanitaria.

Por ser éste el objetivo principal de nuestro trabajo, ampliaremos información sobre el término más adelante.

- **Secundaria:**

La OMS la define como el conjunto de acciones destinadas a disminuir la prevalencia de enfermedades en una población, reduciendo la evolución y duración.

Trata de detener el proceso patológico lo antes posible después de su aparición. Está destinada a detectar la enfermedad en un estadio precoz, si es posible, antes de que surjan síntomas.

- **Terciaria:**

Según la OMS, es el conjunto de acciones destinadas a disminuir la prevalencia de incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad.

Pretende así impedir las recaídas y disminuir las complicaciones o secuelas de enfermedades o accidentes mediante un tratamiento adecuado. Este nivel de prevención está integrado en la asistencia médica y forma parte del tratamiento.

Nombraremos aquí un cuarto nivel que San Martín no describió:

- **Cuaternaria:**

Es aquella dirigida a la evitación de la actividad médica innecesaria o la prevención de la medicalización (Kuehlein y cols, 2010). Así, atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, atenúa o evita los efectos perjudiciales de la intervención médica innecesaria (Gervás, 2004).

Se añade una nueva clasificación de la prevención dentro de la nueva terminología, y así diferenciaremos en:

- **Universal:** promueve la salud y previene del riesgo en toda la población.
- **Selectiva:** previene el riesgo en población general con mayor riesgo.
- **Indicada:** reduce el riesgo o su impacto en individuos identificados con uno o más factores relacionados con el trastorno (Power y cols, 2003).

Hoy en día conviven ambas clasificaciones: la prevención primaria correspondería a la universal y a la selectiva, y la secundaria a la indicada (Levine, Smolak, 2006).

2.3.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Tal y como adelantábamos, son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Comprende:

- La protección específica de la salud, como por ejemplo la sanidad

- ambiental y la higiene alimentaria.
- La quimioprofilaxis.
- La **promoción de la salud**: ampliamos el término a continuación.

2.3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es un área de la Salud Pública que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población (Rodríguez, Antolín, Vaz, García, 2006).

Constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida, y entornos saludables. Informando, formando e implicando a la población en los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuye a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad (Rodríguez, Antolín, Vaz, García, 2006).

Se trata de un concepto dinámico y evolutivo que involucra a los sujetos en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1997).

❖ Origen del concepto: la carta de Ottawa.

El concepto surgió en noviembre de 1986 cuando, en respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo, tuvo lugar la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud en Ottawa. Se emitió así la Carta de Ottawa (OMS, 1986), dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000" y en ella se incluyó la definición de promoción de la salud: "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

2.3.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud. Tanto la promoción como la educación para la salud tienen entre sus propósitos mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que los individuos obtengan un mayor control sobre su propia salud y su propio

bienestar.

El mejorar los conocimientos sobre la salud es un elemento esencial en muchos programas de alfabetización y educación básica y es que la educación es un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente aquellos en estatus más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación.

Es más, la experiencia adquirida tanto en los países en desarrollo, como en los países desarrollados, indica que la alfabetización y los programas de educación no formal pueden conducir a mejorar la salud y el bienestar general de modo significativo (Instituto de la Unesco para la Educación, 1997).

Pero la educación para la salud no aborda sólo la transmisión de la información, sino que también fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario (Carta de Ottawa, 1986). En definitiva, la verdadera educación sanitaria, dirige sus esfuerzos a una formación completa de la personalidad de cada uno, a un verdadero cultivo de la salud como parte fundamental del bienestar individual y colectivo (San Martín, 1989).

Probablemente existan tantas definiciones del término como profesionales u organismos han tratado de definirla. Lo que debe quedar claro es que en todas ellas hay un objetivo común: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades (Ruiz, 1999b), así como la obtención de un uso adecuado del sistema de asistencia sanitario (Martínez y cols, 2007). Su objetivo último son siempre los comportamientos, y la modificación de conocimientos y actitudes no es más que un vehículo para conseguir cambios en él (Piedrola, 2008). Esta herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo fundamentales los ámbitos sanitario, educativo y comunitario (Rodríguez, Antolín, Vaz, García, 2006).

En un momento en el que los presupuestos de atención sanitaria están siendo sometidos a un meticuloso examen, y en el que se están buscando medios políticamente aceptables que permitan reducir los porcentajes presupuestarios dedicados a la atención sanitaria, se necesitan argumentos sólidos que justifiquen la asignación de una cantidad mayor de recursos a la promoción de la salud (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea, 1999).

De este modo, teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la salud en general y la de la educación para la salud en particular, creemos en la necesidad de crear programas de prevención realistas, prácticos, útiles y exitosos que fomentan la salud en nuestra sociedad. Serán imprescindibles las investigaciones previas que proporcionen los argumentos necesarios para poner en marcha su implantación en nuestro medio.

2.4 PREVENCIÓN EN TCA, UN TEMA CONTROVERTIDO

Situamos los primeros trabajos orientados a la prevención de TCAs hacia finales de los años 80. Estos investigadores pioneros centraron sus esfuerzos en educar en materia de trastornos de alimentación y así, orientaron sus programas hacia la psicoeducación de los participantes (Jerome 1987 y 1991, Killen, 1993, Moriarty, 1990, Shisslack, 1990...). Posteriormente ha sido ampliamente comprobado que aquellos programas de prevención tradicionales para TCA que estaban principalmente basados en proveer información a los participantes sobre los factores de riesgo y la patología, proporcionaban unos resultados escasos (Stice, Shaw, Marti, 2007) y, a pesar de que se ha evolucionado en la temática de los programas, los resultados de las investigaciones durante años no han sido claros en cuanto a las actitudes y el comportamiento (lo que, como veíamos, es el principal objetivo de la promoción de la salud), especialmente en niños y adolescentes.

Durante largo tiempo, en la literatura publicada, fueron limitadas las pruebas que sugerían que cualquier tipo de programa preventivo de TCA fuera efectivo, así que no han sido pocos los autores que han dedicado su trabajo a investigar este punto.

Algunas instituciones educativas y sanitarias iniciaron programas de prevención con el objetivo de frenar el incremento de estas patologías. Sus resultados fueron en un inicio tan poco halagüeños que algunos autores de renombre sugerían considerar la prevención primaria inviable y dirigir los recursos financieros a programas de detección precoz.

Pero la prevención de los TCA ha avanzado considerablemente, tanto a nivel teórico como metodológico: algunos autores prestigiosos y algunas asociaciones de familiares y profesionales, entre las que se incluyen EDAP (Eating Disorder Awareness and Prevention), organización americana dedicada exclusivamente a la prevención y educación, y APTAB (Asociación Española de Psicología Clínica para la Prevención y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria), han emprendido acciones preventivas cuyos resultados generan cierta esperanza (Soldado, 2006).

De este modo y como veremos más adelante, encontramos que en la última década se han incrementado los programas preventivos ensayados en busca de unos resultados exitosos, y diversos autores se han esmerado en revisar textos tratando de aclarar si esas intervenciones resultaban realmente efectivas.

2.4.1 ¿IATROGENIA?

No sólo se ha puesto en duda la eficacia de los programas, sino que incluso se ha sugerido que algunas intervenciones pueden ser potencialmente perjudiciales.

Ya en 2006, Soldado advertía de la necesidad de ser prudentes a la hora de hablar de nutrición. Tratar de psicoeducar, exponer la clínica de los TCA a los participantes de un programa de prevención ¿se puede volver en nuestra

contra? ¿puede ocasionar efectos iatrogénicos y facilitar así la aparición de conductas alimentarias de riesgo? o, peor aún, ¿puede facilitar la aparición de la enfermedad? Según esta autora “si los adolescentes reciben esta clase de información junto con datos sobre los trastornos alimentarios, el resultado final tal vez sea potencialmente negativo”. De este modo, parece que la simple acumulación de información sobre los TCA se demuestra insuficiente como inductor en la corrección de hábitos no saludables e, incluso, pueden aumentar los síntomas (Paxton, 1993). También Jorquera (2008) plantea que está claro que si lo que pretendemos es únicamente presentar información sobre los trastornos de conducta alimentaria no basta, y quizá llame indebidamente la atención sobre los síntomas.

Como vemos, no han sido pocos los autores que en esta última década han sugerido este riesgo. Ésta ha sido una cuestión que numerosas revisiones y programas se han planteado entre sus objetivos: descartar lo que sería un grave efecto pernicioso de trabajos cuya intención inicial era promocionar la salud.

Hay quien sugiere que una difusión indiscriminada de información sobre los TCA puede tener un efecto de reclamo sobre las adolescentes, enseñándoles a ser anoréxicas o bulímicas, convirtiendo la enfermedad en una forma de rebeldía, algo de lo que sentirse orgulloso, un “estilo de vida” o una forma de chantaje, crítica o llamada de atención a la familia (Martínez y cols, 2007). La simple acumulación de información sobre los TCA se demuestra insuficiente como inductor en la corrección de hábitos no saludables e, incluso, pueden aumentar los síntomas (Paxton, 1993).

Soldado (2006) justifica este riesgo con el hecho de que a veces se nos olvida que muchas de las personas a las que se está informando con la intención de prevenir están bastante preocupadas u obsesionadas con adelgazar. Por lo tanto, dicha información puede ser gravemente distorsionada y provocar el efecto contrario al deseado.

Hay quien incluso plantea que una información inapropiada podría impulsar una “imitación del síndrome” lo que aumentaría el riesgo de patología (Haberlas, 1992). Se considera que esa imitación no sería artificial, sino una mera respuesta al mensaje oculto de que “si presentas los síntomas de un trastorno alimentario es más probable que alguien te dé importancia y escuche tus problemas”. También Soldado (2006) señala que el error más importante cometido hasta ahora en los programas de prevención primaria ha sido proporcionar información sobre los comportamientos negativos de la enfermedad ya que producen efectos iatrogénicos y aumentan el número de personas que, al conocerlos, realizan las conductas mostradas.

Por otra parte, en las actividades preventivas en las que se pretende modificar conductas y actitudes se intenta frecuentemente crear en el sujeto emociones negativas a base de exponer datos o imágenes que reflejen las consecuencias negativas de ellas. Algunos investigadores han corroborado ya que este modo de intervención, en la mayor parte de las ocasiones, no consigue ser eficaz (Rojo, 2008, Jorquera, 2008).

Pero el riesgo no parece que esté sólo en la intervención con los sujetos de

riesgo, también se ha sugerido cierto riesgo al trabajar con padres y familiares: hay quien opina que una información expuesta de forma inapropiada puede dar lugar a actitudes de negación o de alarma excesiva (Villena, 1999), lo que pueden generar una presión excesiva en sus hijos.

Otra paradoja inquietante la encontramos en las calles: los quioscos y librerías están llenos de revistas y libros con títulos y encabezamientos que “invitan” a adelgazar; por otra parte, algunos personajes públicos que han padecido un trastorno alimentario publican su experiencia en forma de “manual de autoayuda”, dando todo lujo de detalles, e incluso el nombre de algún producto adelgazante (Soldado, 2006), ¿es esa “ayuda” la apropiada o es alto el riesgo de que resulte contraproducente?

Tanta controversia ha llevado a diversos autores a revisar bibliografía en busca de unos posibles resultados perjudiciales en programas de prevención:

En 2009 Pratt y Woolfenden presentaban un metanálisis con el objetivo de confirmar la eficacia de los programas preventivos: no había pruebas significativas que sugiriera un posible efecto perjudicial en ninguno de los 12 ensayos controlados randomizados analizados. También Fingeret concluyó en 2007 que la información en materia de trastornos alimentarios no causa efectos perjudiciales y tras una revisión sistemática en 2009, tampoco Rodríguez halló pruebas suficientes para sugerir que pueda haber un impacto nocivo en alguna de las intervenciones de prevención primaria de TCA. Además, algunos de los programas en los que sí se ha detectado cierto incremento en el riesgo de desarrollar TCA pierden fiabilidad al señalarse que han sido llevados a cabo por los propios investigadores, no por personal clínico cualificado, lo que podría explicar estos resultados perniciosos (Carter, Stewart, Dunn, Fairburn, 1996).

No obstante, y a la vista de los hallazgos, parece más prudente y aconsejable desarrollar estrategias que aborden los factores de riesgo de los TCA sin hacer mención explícita y detallada de los mismos, de forma similar a los programas de prevención del consumo de drogas (Martínez y cols, 2007).

Puestos a tratar de psicoeducar, y siempre con los posibles efectos negativos en mente, en caso de transmitirse los conocimientos, se sugiere que se haga en un contexto “normal” y no como parte de “lecciones especiales sobre los trastornos alimentarios” (Soldado, 2006).

2.4.2 ENFOQUE DE LOS NUEVOS TRABAJOS

Así, parece claro que la psicoeducación no es suficiente, habrá que esmerarse un poco más: en 2007, Villena y Castillo proponían no sólo el proporcionar información a los participantes de sus programas de prevención, sino el “ambicioso” objetivo de modificar sus actitudes y comportamientos como ya nos sugería la OMS. También Paredes (2005), sugiere que la clave está en orientar los programas preventivos desde el punto de vista de la educación para la salud, de manera que se fomente la motivación, las habilidades personales y la autoestima, todo ello enfocado a mejorar la salud. Programas que potencien el desarrollo de la autoestima, las actitudes críticas ante los medios de

comunicación y la mejora de las relaciones familiares pueden tener un impacto positivo sobre la salud mental general y sobre los riesgos de padecer un TCA en particular (Martínez y cols, 2007).

Así las cosas, a la vista de la controversia y los antecedentes, y antes de poner en marcha nuestro programa, deberemos plantearnos varias cuestiones ¿han demostrado eficacia los programas preventivos previos en la materia que nos atañe? ¿cuál es el riesgo de que generemos un efecto pernicioso? ¿cuáles son los puntos a mejorar respecto a trabajos previos? ¿cuáles son las variables y contenidos a tener en cuenta para un mayor éxito de nuestro proyecto?

Para ello, expondremos en el siguiente apartado una revisión de los programas más relevantes, tanto extranjeros como nacionales, que nos dé las claves para el éxito de nuestro trabajo.

3. ANTECEDENTES:
TRABAJOS PREVIOS DE PREVENCIÓN DE TCA



3.1 PREVENCIÓN EN EL EXTRANJERO

Como decíamos, la evolución de la prevención en materia de trastornos de conducta alimentaria ha sido la siguiente: a los discretos resultados de la prevención tradicional centrada en presentar la información del momento acerca de la enfermedad y sus factores de riesgo, siguieron otros programas más recientes que añadían datos sobre alimentación saludable, ejercicio y cuerpos saludables. Si bien hasta aquí los trabajos obtenían resultados favorables a la hora de ampliar conocimientos sobre la enfermedad, no resultaba tan clara su eficacia a la hora de modificar creencias, actitudes, intenciones y comportamientos relacionados con estos trastornos. De ahí que los más recientes programas preventivos hayan sido diseñados de un modo diferente, siendo predominantemente interactivos y con resultados preliminares prometedores (Scime, Cook-Cottone, 2006).

En la revisión que llevaron a cabo sobre programas de prevención primaria realizados a principios de los 90, Villena y Castillo (2007) corroboraban que por aquel entonces el objetivo principal de los trabajos era lograr una reducción de la incidencia de la enfermedad a base de ampliar los conocimientos de los participantes en la materia. De este modo, Killen y cols, en 1990, pretendían modificar actitudes insanas de alimentación y regulación del peso de chicas adolescentes y jóvenes; Moreno y Thelen, 1993, querían aumentar el conocimiento y mejorar las actitudes de alimentación e intenciones de dieta, Moriarty, Shore y Maxim en 1990, se proponían aumentar el conocimiento y cambio de actitudes hacia la presión sociocultural relativas a los TCA; Paxton en 1993, reducir conductas de peso moderadas y extremas, alimentación desordenada y baja imagen corporal; Rosen en 1989: reducir los intentos de bajar de peso; Shisslak y cols, en 1998: educar a los estudiantes sobre los TCA.

Tal y como señalan sus resultados, estos trabajos lograron aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, pero en ningún caso consiguieron la modificación de actitudes, paso imprescindible hacia el cambio de comportamientos. Coinciden en esto Shaw, Stice y Black, 2009: los primeros programas preventivos se centraban principalmente en psicoeducación y sus resultados eran escasos.

Sin embargo, metanálisis más recientes calculan que, en la actualidad, más de la mitad (51%) de las intervenciones preventivas reducen los factores de riesgo y algo más de un cuarto (29%) reducen la prevalencia y la incidencia de la patología (Pyran, 2005).

Y como para muestra bien vale un botón, exponemos a continuación una selección de trabajos extranjeros recientes dentro del variado y amplio elenco existente en la actualidad:

- **Smolak, Levine y Striegel-Moore (1990)** diseñaron un programa formativo bien estructurado en respuesta a la escasa efectividad preventiva objetivada hasta aquella fecha. Fue impartido por profesores en el marco escolar abordando temas relacionados con la nutrición, la grasa corporal, las dietas, las actitudes

respecto a las personas obesas y al propio cuerpo y los tipos de comportamiento en relación con el adelgazamiento, el consumo de alimentos saludables y la práctica adecuada de ejercicio físico.

La aplicación de este programa a 222 niños en escuelas públicas americanas supuso un incremento considerable de los conocimientos de los alumnos sobre los temas tratados, pero no se modificaron las conductas, los patrones de alimentación y de ejercicio físico, ni la tendencia a la burla hacia los compañeros obesos.

- **Weigh to Eat: Neumark-Sztainer, Butler y Palti** presentaron en **1995** una intervención psicoeducacional junto a técnicas sociales y cognitivas. Su objetivo era lograr un cambio en conocimientos, actitudes y comportamientos en relación con la nutrición y el control de peso, una mejor aceptación de la propia imagen y lograr una mayor resistencia a la presión social en lo que a dietas se refiere. El programa consistía en 10 sesiones impartidas por un educador sanitario.

Lograron con él una ampliación de conocimientos de los participantes, que también adquirieron los hábitos para un saludable control de peso, así como de las dietas y las ingestas compulsivas. Los resultados se mantuvieron a los 6 meses, pero a los 2 años tan sólo persistía de manera significativa el efecto en relación a las comidas compulsivas. El programa no obtuvo cambios significativos a nivel de satisfacción corporal ni en los cuadros afectivos (Wilksch, Durbridge, Wade, 2008).

- En **1999**, **Santonastaso** y colaboradores presentaron un estudio piloto en una muestra de adolescentes. Las participantes eran alumnas de 16 años de dos colegios en un total de 10 aulas que fueron divididas aleatoriamente: 154 alumnas en grupo control, 154 en grupo intervención. El programa consistía en un total de 4 sesiones de unas 2 horas de duración impartidas semanalmente dentro del horario escolar. A los 30-50 minutos iniciales, durante los cuales se presentaba el material didáctico (versando sobre los cambios propios de la pubertad, insatisfacción corporal, autoestima, relaciones interpersonales, psicoeducación sobre anorexia y bulimia...), seguía un tiempo dedicado exclusivamente al debate, divididas en grupos de 15 a 17 participantes, de las cuestiones previamente impartidas. Las sesiones eran conducidas por un psiquiatra y un psicólogo experimentados en la materia.

Se recogieron datos sociodemográficos de todas las participantes y se administraron cuestionarios pre y postintervención (un año después de la misma): EAT-40 y EDI.

Por un lado, los resultados dejaron clara una vez más la no perniciosidad de este tipo de programas. Por otro, obtuvieron una reducción significativa de la insatisfacción corporal y disminuyeron el riesgo de actitudes bulímicas en sujetos identificados como de bajo riesgo. Sin embargo, fueron los sujetos clasificados de alto riesgo los que no lograron diferencias significativas. El seguimiento a un año demostró el no empeoramiento respecto a las actitudes bulímicas en sujetos de bajo riesgo respecto al grupo control. Aunque discretos, los resultados de este proyecto resultaron también esperanzadores.

- **Student bodies.** En el año 2000, **Winzelberg y cols** pusieron en marcha un programa de prevención impartido por medios informáticos, online, basado en técnicas cognitivo-conductuales centradas en trabajar la insatisfacción corporal. Fue dirigido a mujeres estudiantes de la universidad pública de West Coast reclutadas a través de anuncios en periódicos, invitaciones y anuncios en las residencias, el único requisito para su inclusión en el estudio era que tuvieran interés por mejorar la satisfacción respecto a su propia imagen corporal. Fueron excluidas todas aquellas con antecedentes de bulimia y/o anorexia nerviosa, así como aquellas con conductas purgativas o con un IMC < 18. Las participantes eran remuneradas con 25\$ si completaban el programa.

Tras la aplicación de los cuestionarios BSQ, EDI y EDE-Q, iniciaron un total de 8 sesiones. En ellas se proporcionaba a las participantes información sobre el TCA y técnicas saludables de control de peso y nutrición, e incluía una plataforma de comunicación desde la cual las podían expresar sus reacciones respecto al contenido de las sesiones. Esta plataforma de debate era moderada por un psicólogo clínico y pretendía que encontraran en él un espacio en el que recibir y proporcionar soporte emocional, así como debatir sus impresiones sobre el contenido del programa.

Los resultados fueron satisfactorios incluso en el seguimiento a 8 meses: eran significativas las bajas tasas de bulimia así como la mejora en la satisfacción corporal. Si bien no se hallaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención en la postintervención inmediata, la mejoría sí se halló en el seguimiento a los 3 meses, demostrando así la efectividad del programa en cuanto a la mejora de la satisfacción de las participantes con su propia imagen y disminuyendo el riesgo de desarrollo de TCA.

Posteriores modificaciones en el programa que han incorporado debates online con moderador, han logrado significativos descensos en los factores de riesgo de TCA, así como en la aparición del trastorno en participantes con altos índices de masa corporal y conductas compensatorias.

- **2002, McVey y Davis** pusieron en marcha “**Girl talk**”: una intervención de 6 sesiones de duración consistente en un grupo de apoyo formado por iguales (escolares de primaria), centrado en fomentar una adecuada crítica de los medios de comunicación, la aceptación de la propia imagen, el adecuado control de un peso saludable y proporcionar herramientas de manejo del estrés.

Trataron de replicar el estudio en una posterior versión (McVey y cols, 2003) de 10 sesiones impartidas en una escuela por enfermeras de salud mental, pero en esta ocasión el efecto de la intervención no fue claro a pesar de la similitud con su trabajo anterior. En esta ocasión tanto el grupo intervención como el control mostraron una evolución similar en todas las medidas tras el taller. Justifican estos resultados con las diferencias de partidas entre grupo intervención y control: el primero mostraba un porcentaje de sujetos que reoncían estar tratando de perder peso en el momento del estudio significativamente mayor que el grupo control.

- **Baranowsky y Hetherington, en 2001**, plantearon como objetivo el mejorar la autoestima y la conducta alimentaria de un grupo de sujetos respecto al grupo control a través de su programa preventivo.

Se trataba de dos intervenciones separadas 5 semanas y administradas a dos grupos de chicas preadolescentes. En el primer grupo fueron valoradas la autoestima, la imagen corporal, las dietas restrictivas y una posible patología alimentaria de las participantes preintervención, postintervención y a los 6 meses. Las evaluaciones fueron las mismas para los dos grupos: un primer grupo participante en el programa preventivo de TCAs y un segundo, en este caso grupo control, al que tan sólo se le dio información sobre la toma de frutas y vegetales.

Como resultados: en ambos grupos hubo un descenso de la restricción dietética, y únicamente en el primero mejoró la autoestima respecto al grupo control, pero de forma mínimamente significativa. Los autores concluyeron que el programa podría haber sido más efectivo en edades no tan tempranas y administrado a chicas de riesgo. Sin embargo, sugirieron que insistir en la necesidad de una alimentación saludable reduciría las ingestas restrictivas, lo que puede ser un paso importante en la prevención de TCAs.

- Entre **2003 y 2004, Scime y Cook-Cottone** crearon y aplicaron el programa **“Girls’ Group”**. Fue éste un taller multisesión dirigido a chicas de 5º grado y presentado como un “grupo de yoga y bienestar centrado en las chicas y “sus sentimientos”. Se reclutaron un total de 45 participantes que dividieron en 3 grupos de trabajo. Se llevaron a cabo 10 sesiones de 90 minutos aplicadas semanalmente, tras las clases, y con un diseño innovador: pretendía no sólo trabajar con la mente, sino también con el cuerpo, y para ello incorporaron el yoga en su trabajo (argumentaban que el yoga obtenía una relajación física y mental, y proporcionaba técnicas de aprendizaje de relajación).

Cada sesión comenzó con 30 minutos de yoga y continuó con charlas y actividades interactivas. En ellas se trabajó, entre otros, la imagen corporal, la influencia de los medios de comunicación, la delgadez como ideal de belleza, la autoestima,... (se diseñó un manual con el material para asegurar que el material trabajado fuera homogéneo, sin embargo, puesto que basan su proyecto en el constructivismo, cada grupo utilizó tan sólo las contribuciones aportadas por cada participante). Las sesiones finalizaban con 15 minutos más de relajación y visualización guiadas.

Se apoyaron para su idea en el constructivismo, una corriente pedagógica que postula la necesidad de entregar al alumno herramientas que le permitan crear sus propias estrategias para resolver situaciones problemáticas, lo cual implica que sus ideas se modifiquen y sigan aprendiendo, enfatiza el papel activo del sujeto (Slavin, 2000). Ya Piran (1996) utilizó esta metodología en programas preventivos con resultados a tener en cuenta.

Como instrumentos evaluadores emplearon el Eating Disorder Inventory-2, en sus subescalas tendencia a adelgazar e insatisfacción corporal, y

el programa demostró su eficacia al obtener resultados favorables. Proponían así las ventajas potenciales del yoga en la prevención de trastornos alimentarios.

Como novedad respecto a otros, y como punto culmen de este programa, cada grupo preparó un proyecto en forma de revista con intención de difundir el material trabajado y debatido por ellas mismas. Estas revistas fueron diseminadas de la siguiente forma: el primer grupo repartió copias al resto de estudiantes de su curso. El segundo grupo la envió a la fábrica de una muñeca que ellas consideraron “poco realista” y que consideraban que podía fomentar la insatisfacción corporal. A la fecha de publicación del artículo, el tercer grupo todavía no había podido publicar su revista por problemas financieros. Con ellos se pretendía ofrecer a las participantes un medio para compartir su conocimiento e impactar así en el resto de la sociedad.

A destacar que se trata de un programa centrado en preadolescentes, y recomiendan realizar el esfuerzo preventivo de forma temprana para poder adelantarnos así a la incorporación de un esquema corporal centrado en la delgadez, apoyándose en que el ideal de belleza delgado es maleable antes de la adolescencia. Así, con la intervención temprana, pretenden consolidar la evitación de los pensamientos que llevan a un trastorno alimentario.

Como limitaciones importantes de este trabajo: la escasa muestra y no emplear un grupo control.

- **Sorority body image program: En 2005 Becker, Smith y Ciao** pusieron en marcha un breve programa en mujeres miembro de hermandades femeninas en universidades norteamericanas. Se trataba de un estudio con grupo control y seguimiento a un mes tras la aplicación de un programa de dos sesiones. Los resultados mostraron una importante disminución en la percepción de la delgadez como patrón de belleza, así como una mejora en la satisfacción corporal, una merma en las dietas y un descenso significativo de TCAs.

Demostrada la efectividad de este breve programa, se sugería la posibilidad de ampliar su aplicación puesto que se trataba de una intervención de instauración sencilla y de probable buena aceptación (Becker, Bull, Schaumberg, Cauble, Franco, 2008).

- **En 2008 Stice y Pressnell** aplican la disonancia cognitiva a la prevención de TCAs.

Procedente de la psicología social, el concepto de disonancia cognitiva (Festinger, 1957) hace referencia a la tensión o disarmonía interna del sistema de ideas, creencias y emociones (cogniciones) que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias. Plantea que, al producirse esa incongruencia o disonancia de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para esforzarse en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí, constituyendo una cierta coherencia interna. La manera en que se produce la reducción de la disonancia puede tomar distintos

caminos o formas. Una muy notable es un cambio de actitud o de ideas ante la realidad.

Así, surgió este nuevo programa preventivo: **The Body Project**. En él los sujetos participaron en ejercicios y realizaron tareas altamente interactivas. Se trató de un proyecto sencillo, limitado a 3 ó 4 sesiones según la versión, y con resultados satisfactorios: mejora de la dinámica psicosocial y reducción de la necesidad de atención en salud mental al año de la intervención, así como un descenso de la “internalización de la delgadez como bella”, de la insatisfacción corporal, de síntomas bulímicos y de afectos negativos a los 2 y 3 años en comparación con el grupo control. Incluso en el seguimiento a 3 años comprobaron un descenso de riesgo de aparición de anorexia nerviosa, bulimia y trastorno por atracón frente a los sujetos control (Stice, Marti, Shaw, 2008).

- **The Healthy Weight Intervention:** este programa, de nuevo diseñado por **Stice** y sus colaboradores, estuvo inicialmente incluido en su estudio de disonancia cognitiva como grupo control (2006). Se trató de un programa de 4 sesiones cuya novedad respecto a otros trabajos hasta la fecha era su objetivo: pretendía enseñar a los participantes cómo alcanzar y mantener un peso saludable a través de pequeños y progresivos cambios en su dieta y ejercicio. Con ello el programa logró reducir tanto la aparición de TCA como de obesidad, mejorando también el funcionamiento psicosocial y reduciendo la utilización de servicios de Salud Mental en el seguimiento a un año. Este programa que, como decíamos, en principio fue ensayado como un grupo control del trabajo anterior, logró también el descenso en la aparición de TCA en seguimiento a 3 años (Stice y cols, 2006; Stice, Marti, Spoor, Presnell, Shaw, 2008; Stice, Marti, Shaw, O'Neill, 2008; Shaw, Stice, Black, 2009).
- **PriMa** es un programa escolar alemán para la promoción de la salud y la prevención primaria de la anorexia nerviosa impartido en 92 escuelas de Turingia a 1553 chicas preadolescentes en 2007 y 2008, probado en el “mundo real”. Tras ajustar por la edad de las chicas y el tipo de colegio observaron que incrementaban los factores de protección relacionados con la AN, aumentaba significativamente el conocimiento y mejoraban la autoestima, pero no la conducta alimentaria. (Berger y cols, 2008; Wick y cols, 2011).
- **Planet Health** es una intervención preventiva basada en la escuela con contenidos de nutrición y ejercicio físico diseñada para prevenir la obesidad que demostró bajar la incidencia de las conductas alteradas del control del peso (purgativas, empleo de laxantes y píldoras) en adolescentes tempranas chicas, previniendo de forma coste efectiva el desarrollo de la BN (Austin y cols, 2011; Paxton, 2012).
- Basándose en la presión a la que se pueden ver sometidos algunos atletas, principalmente aquellos pertenecientes a disciplinas con cierto componente estético, han surgido varios trabajos preventivos dirigidos específicamente a ellos. Resulta innovador éste llevado a cabo en **2008 por Whisenhunt y colegas**, en el que, basándose en la importancia de las figuras de referencia, se

centran en éstas a la hora de impartir su programa. Publicaron así los resultados de un proyecto que pretendía prevenir los TCA en “cheerleaders” (animadoras) pero no interviniendo en ellas directamente, sino trabajando con sus entrenadoras. En total fueron 40 las participantes de nacionalidad estadounidense asistentes a una presentación de hora y media en la que se trataron temas como el asesoramiento ante la sospecha de TCA en una atleta, conceptos como el de dieta equilibrada, higiene del sueño...

Como decimos, el estudio resultaba novedoso en cuanto a que la investigación se centraba en la eficacia de intervenir con figuras adultas importantes para las atletas y no directamente con ellas.

Las entrenadoras mostraron una mejora en cuanto a conocimientos en la materia respecto a los previos a la intervención y respecto al grupo control. Sin embargo, estos avances no eran consistentes en el seguimiento a 8-11 meses.

El trabajo concluía confirmando la importancia de entrenar a figuras adultas de referencia para prevenir el TCA en atletas. Puesto que la sesión aplicada era breve y con ella ya obtuvieron resultados favorables, sugirieron que intervenciones más intensivas podrían lograr cambios de mayor duración en el conocimiento y la actitud.

No obstante, este proyecto no determina la repercusión del trabajo en los propios atletas, principal objetivo a tratar.

3.2 PREVENCIÓN EN ESPAÑA

En los últimos años España ha experimentado cambios importantes y rápidos respecto a los hábitos alimentarios. Siguiendo la misma evolución que el resto de los países industrializados, se ha producido en los jóvenes un incremento de conductas alimentarias alteradas y de comportamientos relacionados con la sobrevaloración y preocupación excesiva por el peso (Paredes, 2005).

La AN en nuestro país, como en otros países de nuestro nivel socioeconómico, está alcanzando proporciones epidémicas entre mujeres de 12 a 25 años (Ruiz-Lázaro, González, Doñoro, Roca, 2001).

En respuesta a ello, en el ámbito de la prevención primaria de los TCA, son bastantes las intervenciones que se han llevado y se están llevando a cabo. Se trata, como veremos, de programas dirigidos a adolescentes, padres y personal docente, muy similares en contenidos y tipos de programas, así como en el optimismo de sus resultados. Parece claro que son muy útiles en cuanto a la detección de casos no diagnosticados, pero falta por conocer si son realmente eficaces en cuanto a la prevención primaria, es decir, a la reducción de la aparición de casos nuevos (Pérez, 2004).

3.2.1 PROGRAMAS PREVIOS NACIONALES

A continuación presentamos una selección de recientes estudios de prevención. Para facilitar su lectura y comprensión al lector, mostramos las

características de los diferentes programas dispuestos de forma esquemática en tablas.

I.	Ruiz Lázaro. 1999	
	Zaragoza	
MÉTODO	Estudio randomizado. Grupo control e intervención. Seguimiento a 1 año.	
MUESTRA	Muestra inicial (1999): 502 alumnos; 257 intervención y 245 control; 266 mujeres y 236 varones	Seguimiento (2000): 441; 222 intervención y 219 control
PROGRAMA Y CONTENIDO	<p>4 sesiones de 2 horas en horario escolar y dos sesiones de evaluación/medición (previa y posterior a la intervención). Metodología activa con técnicas de implicación y grupales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación y nutrición 2. Imagen corporal, sexualidad y crítica del modelo estético 3. Autoconcepto y autoestima 4. Asertividad y habilidades sociales <p>(un sesión más dirigida a las familias)</p>	
ESCALAS	SCAN, EAT, SATAQ, EDI, SCP	
RESULTADOS	<p>Postprograma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento significativo en los conocimientos sobre nutrición y un descenso de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal en el grupo intervención • sin diferencias significativas entre grupo intervención y control en cuanto al número de alumnos que representaba población de riesgo <p>Seguimiento al año y a los 2 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • descenso de población de riesgo de TCA en grupo intervención con diferencia estadísticamente significativa en el grupo control 	

Hasta entonces se trataba del primer programa con grupo control que conseguía modificación de actitudes y disminución de la población con riesgo estadísticamente significativa, así como menor incidencia al año de seguimiento en grupo de intervención y no en el control, es decir, con prevención primaria demostrada, lo que no obtuvieron otros programas que ni siquiera lograron modificar las actitudes (Ruiz, 2001). Además, con el Consejo de la Juventud de Aragón se realizaron seminarios y cursos para mediadores juveniles. Se escribió también un extenso manual, una guía teórico/práctica. Se publicó como “Guía práctica. Bulimia y anorexia. Prevención de TCA” con siete capítulos teóricos con información para educadores y siete prácticos con objetivos y tareas para adolescentes y padres (Ruiz-Lázaro, 2005) con el objetivo de implantar programas de prevención desde las asociaciones juveniles, en el ámbito de la educación no formal. Con la sección de Educación para la salud de la

Comunidad Autónoma se formó en los Centros de Profesores y Recursos (C.P.R.s) a profesores y sociosanitarios para aplicar el programa en los colegios.

Dada la importante referencia que constituye este trabajo para nuestro estudio, detallaremos sus resultados más adelante.

II.	Villena y Castillo-Carballo. 1997 “Tal como eres”
	Valencia
MÉTODO	Experiencia piloto. Evaluación pretest, al mes, y a los 3 meses.
MUESTRA	106 sesiones, un total de 2019 alumnas entre 1º y 3º ESO (12-15 años) divididas en grupos de 25
PROGRAMA Y CONTENIDO	Adolescentes: 1 sesión de 75’ 1. Actitud crítica ante publicidad y presión ambiental 2. Autoestima y aceptación de sí mismas 3. Desarrollo físico y regulación del peso 4. Conceptos básicos de nutrición Ejercicios grupales, en pareja... Medios audiovisuales. Impartido por 1 psicólogo y 1 médico: intervención cognitiva grupal.
	Padres: 1 conferencia
ESCALAS	<ul style="list-style-type: none"> • EAT-40 • Cuestionario para hábitos incorrectos
RESULTADOS	Seguimiento al mes y a los 3 meses: descenso significativo en puntuaciones del EAT así como descenso de hábitos alimentarios incorrectos según el segundo cuestionario

En torno a 6.000 estudiantes de Educación Secundaria participaron durante el curso escolar 2010-2011 en “Tal como eres”. Desde que se puso en marcha este programa en el año 2000 por las Consejerías de Sanidad y Educación y Ciencia se ha multiplicado por diez el número de alumnos participantes. Se han iniciado también estudios controlados (el no empleo de grupo control en su inicio restaba rigor a sus resultados).

Por otro lado, la Consejería de Sanidad está trabajando en la extensión de la figura de la Consulta Joven en Atención Primaria, donde estarán presentes todos aquellos programas de promoción de la salud y de prevención dirigidos a la juventud en materia de drogodependencia, trastornos alimentarios y educación afectivo-sexual (Sánchez, 2011; Villena, Castillo, 1999; Villena, Castillo, 1997).

III.	Maganto, del Río y Roiz, 1999-2001. <i>PITCA: Programa sobre Imagen Corporal y Trastornos de la Alimentación</i>
MÉTODO	Estudio piloto.
MUESTRA	57 personas entre 15 y 25 años, escolarizados en Secundaria. 4 mujeres/1varón. Divididos en 6 grupos de 8-15 sujetos. Excluidos los pacientes clínicos con TCA.
PROGRAMA Y CONTENIDO	8 sesiones semanales dinámicas, técnicas individuales y grupales. En centros juveniles del Ayuntamiento (evitan ambiente clínico y educativo). Impartido por profesionales experimentados. <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y cohesión grupal 2. Salud, alimentación y nutrición 3. Imagen corporal I. Modelos sociales 4. Imagen corporal II. Satisfacción corporal 5. Expresión de emociones 6. Anorexia 7. Bulimia 8. ¿qué hacer?¿dónde acudir?
ESCALAS	Cuestionarios sobre hábitos de alimentación y autoinformes.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Significativa mejoría en conocimientos sobre dieta saludable y patologías alimentarias (anorexia y bulimia) • Significativa mejoría en satisfacción respecto a imagen corporal

La evaluación cualitativa del programa también obtuvo resultados exitosos (Maganto, Cruz, 2003).

IV.	Rojo, Ruiz, Hernández y Vila. 2003-2004. <i>DITCA-CV</i>
MÉTODO	Promoción de la Salud y Prevención de TCA con doble criba y diagnóstico en red seguida por entrevista con experto clínico (orientadores, tutores y/o docentes de los centros capacitados a través de la página web DITCA.net).
MUESTRA	486 colegios de la Comunidad Valenciana. 42875 alumnos y alumnas de ESO (de 13 a 15 años)(53,6% de la población escolar): 20.670 (48,2%) chicas y 21.329 chicos (51,2%)
PROGRAMA Y CONTENIDO	4 sesiones semanales. Impartido por departamento de orientación, tutores u otros docentes interesados (capacitación vía Internet). <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagen corporal 2. Alimentación y nutrición 3. Autoimagen y autoestima 4. Medios de comunicación y publicidad
ESCALAS	Doble criba con ChEAT. SDQ (programa diagnóstico en la red seguida por una entrevista con un experto clínico)
RESULTADOS	Sin resultados publicados en el momento de redacción de este texto

Las Consejerías de Sanidad y Educación de la Comunidad Valenciana han dado continuidad al programa y se ofrece anualmente a todos los centros docentes que imparten ESO en la Comunidad Valenciana.

El programa DITCA incluye dos modalidades de prevención:

- Primaria: en formato taller, que consta de cuatro sesiones (autoestima, imagen corporal, alimentación, publicidad y medios de comunicación)
- Secundaria: a través de cuestionarios cumplimentados y entrevistas posteriores.

V.	Solano, Oliveros y Moreno. 2004 <i>Educando en Salud: así soy yo, así son ell@s</i>
MÉTODO	Evaluación cuantitativa pre y postintervención
MUESTRA	226 Alumnos (121 en 1º y 104 en 3º ESO, 119 niños y 107 niñas) y sus tutores y familiares
PROGRAMA Y CONTENIDO	<p>Alumnos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación equilibrada 2. Creencias erróneas asociadas a la alimentación equilibrada 3. Habilidades sociales 4. Autoestima 5. Publicidad y valores 6. Sesión interactiva: pensamientos 7. Pensamientos, emociones y habilidades sociales <p>7 sesiones semanales</p> <p>Tutores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los trastornos de la conducta alimentaria 2. Epidemiología, datos de seguimiento y objetivo del taller 3. Evaluación de los talleres <p>2 sesiones previas al taller con alumnos y una posterior</p> <p>Familias:</p> <p>Una sesión de 2 horas informando sobre TCA, el papel de la familia y el objetivo y contenido del taller para los alumnos</p> <p>Entrevistas individuales con alumnado que había obtenido puntuación con riesgo y familias</p>
ESCALAS	EDI-2 y CEIC
RESULTADOS	<p>En 1º ESO: descenso significativo en escala cognitivo emocional, en EDI1, EDI3, EDI4, EDI5 y EDI10 en participantes de riesgo. En el resto: descenso en todas las dimensiones pero sólo significativo en miedo a la madurez e inseguridad social.</p> <p>En 3º ESO: descenso significativo en escala cognitivo emocional y en EDI1, EDI3, EDI6, EDI7 en sujetos de riesgo. En el resto: descenso en todas las dimensiones pero no estadísticamente significativo</p>

VI.	<p style="text-align: center;">Raich, Sánchez y López. 2008 <i>Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación.</i> <i>Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria.</i></p> <p style="text-align: center;">Tarrasa, Barcelona</p>
MÉTODO	Estudio estratificado randomizado. Grupo control y dos grupos intervención: intervención completa (nutrición + alfabetización mediática + crítica al ideal de belleza femenino) e intervención parcial (tan sólo los dos últimos componentes).
MUESTRA	349 chicas estudiantes de 2º de ESO (13,11 años de edad de media), procedentes de 13 escuelas
PROGRAMA Y CONTENIDO	3 unidades temáticas (90' cada una): <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo estético femenino 2. El modelo estético femenino en los medios de comunicación 3. Alimentación y nutrición
ESCALAS	EAT, CIMEC-26, NUT-Q, BMI y cuestionario biográfico
RESULTADOS	<p>Postintervención: sin cambios en el EAT. Mejoría en las puntuaciones del CIMEC de los dos grupos intervención frente al grupo control (por tanto, efectividad en reducir la presión sobre el modelo de belleza ideal). Mejora en conocimientos sobre nutrición en el grupo intervención con este componente.</p> <p>Seguimiento a los 6 meses: los cambios obtenidos se disipan.</p>

Presentan un original programa de prevención en las escuelas que combina una acción directa sobre los hábitos alimentarios de los adolescentes (corrigiendo falsas creencias sobre nutrición y alimentación, proporcionando conocimientos sobre una alimentación equilibrada y promoviendo el análisis participativo de los menús) con una alfabetización mediática que les permita generar un análisis crítico del modelo estético imperante y los anuncios publicitarios.

El programa viene desarrollándose desde el año 2001 y tras varios ensayos preliminares (Raich y cols, 2002-2004) ha sido ampliado y mejorado dándole un formato más interactivo. Se han aumentado progresivamente el número de sesiones y se han añadido nuevos contenidos (alfabetización mediática y activismo juvenil). Se diseñó para ser aplicado a adolescentes de ambos sexos de 12 a 14 años en la escuela.

El programa resulta eficaz tanto aplicadas solamente las sesiones dirigidas a la alfabetización mediática como al aplicarse éstas junto a la educación nutricional. Ha demostrado que previene la aparición de actitudes alteradas hacia la comida y reduce la influencia de los ideales estéticos corporales en una muestra mixta de adolescentes escolarizados.

VII. 1ª fase	Jorquera. 2004
	Comunidad Valenciana
MÉTODO	Estudio controlado con medición pre y post intervención.
MUESTRA	4268 participantes; 2118 grupo intervención y 2150 en lista de espera. Entre 11 y 19 años. Mujeres y varones.
PROGRAMA Y CONTENIDO	Una sesión de 1 hora para alumn@s de ESO y Bachillerato: influencias socioculturales, consecuencias biopsicosociales de los TCA en la adolescencia, alternativas a la presión social, coloquio y evaluación de la actividad
	Una sesión de 90' para familias y profesores : psicoeducación acerca de TCA (causas, consecuencias, prevención...)
ESCALAS	EAT-40, ASI, CIMEC.
RESULTADOS	Disminución significativa de las puntuaciones en los cuestionarios postprograma, mantenida en el seguimiento.

Tras una primera aplicación del taller a lo largo del curso 2004-2005 comprobaron que, pese a la buena aceptación del taller y, en principio, buenos resultados, eran muchas las limitaciones que presentaba (población a la que se dirige, formato informativo del taller más que participativo, una única sesión...). Por ello pusieron en marcha una nueva versión subsanara esas limitaciones y que además cubriera otros aspectos: población más específica, formato más interactivo y mayor número de sesiones. El resultado fue el siguiente:

2ª fase	Jorquera
	Comunidad Valenciana
MÉTODO	Estudio controlado. Medidas pre y post intervención y a los 6 meses
MUESTRA	1856 mujeres entre 12 y 16 años; 894 en grupo intervención y 962 en grupo control. Colegios concertados, estudiantes de ESO
PROGRAMA Y CONTENIDO	Para alumnas : Publicidad y estereotipo de belleza y Sentido crítico
	Para familias y profesorado : mismo formato y contenido psicoeducativo que en fase I
ESCALAS	MBSRQ-AS, EAT, CIMEC
RESULTADOS	Postprograma: menores puntuaciones en EAT-26, CIMEC y subescalas de “orientación de la apariencia” y “preocupación por el sobrepeso” del MBSRQ-AS. Aumenta la subescala “satisfacción corporal”. Esto es: cambio en las actitudes, comportamientos y creencias relacionadas con peso, comida e imagen corporal, se sienten más influenciadas y son más críticas ante presiones sociales. Seguimiento (6 meses): Conservan 293 sujetos de la muestra inicial. Resultados post-test en EAT se mantienen. CIMEC: puntuaciones menores que en el pre-test pero superiores que en el post-test. Mayor descenso que en el post-test de la subescala “preocupación por el peso” de MBSRQ-AS, sin cambios en el resto respecto al post-test.

Señalan que en el grupo de las subclínicas (pues dividen el grupo experimental en función de la puntuación obtenida en el EAT-26) el beneficio del taller es mayor. Entre las limitaciones: alta mortalidad experimental, no contar con una medida de seguimiento para el grupo control, no haber empleado muestra masculina (pues reconocen que en la práctica clínica diaria y en otros trabajos centrados en la prevención también es necesaria) y la brevedad del taller (Jorquera, 2008; Jorquera y cols, 2010).

VIII.	Jaúregui Lobera. Sevilla, 2010
MÉTODO	Estudio controlado
MUESTRA	371 estudiantes (174 chicas, 197 chicos). Cuatro grupos de secundaria y dos de bachillerato. Divididos en grupos de 31 participantes.
PROGRAMA Y CONTENIDO	<p>GRUPO INTERVENCIÓN: 5 módulos de 2 sesiones cada uno (la primera teórica y la segunda práctica: interactiva, con medios audiovisuales, dinámicas de grupo...). 90' de duración cada sesión de frecuencia semanal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos nutricionales • Imagen personal • Manejo del estrés • El ideal corporal, papel de los medios de comunicación • Imagen corporal <p>GRUPO CONTROL: sesiones informativas sobre trastornos de alimentación</p> <p>2 sesiones informativas para familias y profesorado</p>
ESCALAS EMPLEADAS	PSQ, EDI-2, SES, CSI, CIMEC, CIMEC-V, IMC, nutricional intake
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la satisfacción corporal y de la orientación hacia la delgadez, factores ambos en relación con TCA. • Sin cambios en conductas bulímicas. • Mejora en la autoestima, menor autocrítica, lo que supone un factor protector de TCAs. • Mejora en los hábitos alimentarios. Exitoso en la reducción de algunos aspectos fundamentales de los TCA. Sin embargo, la influencia en otras áreas de presión social permanece invariable. • Sin seguimiento.

Se trata de una adaptación del programa Girl's Group (de Cook-Cottone, Buffalo, EEUU) al contexto español.

Otros programas:

En 1997, el Gobierno Vasco publicó el manual “**Taller de Alimentación**” que se impartió en la enseñanza secundaria obligatoria como materia optativa. El equipo que participó en la elaboración del temario estaba constituido por un médico nutricionista, una psicóloga, un médico psiquiatra y un profesor. Los temas a trabajar durante un curso completo estaban relacionados con la autoestima, imagen corporal, nutrición, la presión del grupo, publicidad, productos adelgazantes, etc. Al final del curso, los alumnos habían mejorado su autoconcepto, no se dejaban convencer por productos “milagro” que tenían como objetivo el perder peso, eran más conscientes de los comportamientos peligrosos respecto a la alimentación y poseían un alto conocimiento sobre lo que es una nutrición sana (Soldado, 2006).

El programa continuó evolucionando en 2010 (Talleres de alimentación, Euskadi.net, blogconsumo.net, septiembre 2010). Para entonces, el programa **Kontsumoa Eskoletan** de la Dirección de Consumo del Gobierno Vasco, había desarrollado tres talleres en materia de Alimentación para los centros escolares de Educación Primaria (elaboración de alimentos, taller comparativo de alimentos, y el supermercado y la compra) y otros tres para el primer ciclo de Educación Secundaria (alimentación y nutrición; estética y alimentación: el culto al cuerpo; y análisis comparativo de alimentos).

Por su parte, **Líndez** (1996), en Reus, trabajaba con alumnos en 1º de BUP, con chicos y chicas en edad de riesgo de padecer TCA, tratando de que adquirieran un conocimiento más amplio y así poder detectar la patología precozmente en un compañero y tomar las medidas más adecuadas para iniciar el tratamiento. Ideó además un taller (“Cómo comemos, cómo nos vemos”) con cuatro sesiones: autoestima, psicología aplicada, expresión y conocimiento corporal y alimentación.

Petit, de Cortés y Astray pusieron en marcha en 1998 un programa preventivo de TCA. Pretendían estimar la prevalencia del trastorno y describir los atributos cuantitativos del sistema de cribado aplicado (combinación de los cuestionarios EDI y EAT). A partir de allí describieron las medidas tomadas a partir de la detección de un caso con riesgo o caso clínico: tras la evaluación de los cuestionarios, a los sujetos clasificados como con riesgo, junto a un grupo control, se les realizó una entrevista estructurada. Los sujetos diagnosticados como casos fueron derivados a nivel especializado. A los sujetos con riesgo se les ofrecieron talleres especializados junto a sus padres y a los no casos.

En 2002 eran ya 3.836 chicos/as y sus familias, 13 Departamentos de Orientación y 35 tutores/as por curso académico de los IES públicos de Getafe los que habían participado en el estudio. De ellos, el 10% tenían alguno de los factores de riesgo que de no se corregirse, podían desarrollar un problema de este tipo, por lo que fueron dirigidos a talleres preventivos. El 0,5% de esta población (12-14 años), presentaba TCA (Anorexia-Bulimia) y fue remitido a atención especializada (Astray, Pérez, de la Corte, 1999; Petit, de la Corte,

Astray, 2002).

El **Programa de Información, Formación y Orientación Sociosanitaria para Jóvenes (CIFOS)**, que gestiona la **Consejería de Sanidad** en colaboración con el Consejo Regional de la Juventud, ofrece, en Castilla La Mancha, asesoría a la juventud así como a educadores y docentes en asuntos relacionados con la educación afectivo-sexual, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, hábitos saludables de alimentación, refuerzo de la autoestima y prevención de accidentes de tráfico. En la actualidad, el programa CIFOS, que se puso en marcha en 2001, cuenta con sedes en Toledo, Talavera de la Reina (Toledo), Ciudad Real, Albacete y Tarancón (Cuenca). El 22% de las consultas realizadas durante el pasado ejercicio están relacionadas con la alimentación.

Adaner (Asociación en defensa de la anorexia nerviosa y la bulimia, con sedes en Sevilla, Santander, Oviedo, Murcia, Málaga, Jaén, Huelva, Granada, Córdoba, Ciudad Real, Cantabria, Alcalá de Henares, Albacete, A Coruña y Madrid) desarrolla desde el año 2000 su taller de Prevención de trastornos de la Conducta Alimentaria junto a la mesa de prevención de TCA del Hospital Niño Jesús. El proyecto se centra en una intervención global en la que se implica a adolescentes y jóvenes, profesorado y familias. Así, han diseñado talleres específicos para cada colectivo. Consisten en 2 clases lectivas de 2 horas de duración cada una impartidas por dos psicólogas especialistas colaboradoras de la Asociación. Se trata de una metodología dinámica que se apoya en medios audiovisuales, fomentando la participación de los asistentes. La asociación se muestra dispuesta a impartir los talleres en centros escolares interesados, para lo que ponen a disposición teléfono y mail de contacto.

También **ACABE (Asociación contra Anorexia y Bulimia en Euskadi)**, disponen, dentro de un amplio abanico de actividades, de talleres dirigidos en este caso a educadores para Educación para la Salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria.

ABAN, AVALCAB, ASPANES, ADEFAB, ASACAB, ABAP, ADEFAB, ACAB, Casa de la Mujer de San Sebastián de los Reyes, Casa de la Mujer de Alcobendas, AVCOTA... son los nombres de algunas otras de las asociaciones repartidas por toda España que disponen de programas de prevención entre sus actividades. Esto da una idea de la importante demanda.

3.2.2 PROGRAMA PILOTO “ZARIMA 1999”

Como decíamos, un primer estudio del programa ZARIMA tuvo lugar en 1999 en Zaragoza bajo la dirección del Dr. Ruiz. Se trataba de un estudio prospectivo para examinar el efecto de un programa escolar controlado para la prevención de TCA. Se incluyó en el Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, MHE financiado por la Comisión Europea (Mental Health Europe, 2001). Fue puesto en marcha por

el Grupo ZARIMA (equipo multidisciplinar que trabaja en la investigación de TCA que más adelante presentaremos) y se gestó en colaboración con la Asociación de familiares de TCA (ARBADA) y el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (CJA), y fue declarado de interés sanitario por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón (Ruiz-Lázaro, Comet, 2003; Ruiz-Lázaro, 2005).

Se estableció un diseño experimental con grupo control (ensayo controlado aleatorizado multicéntrico) con medidas psicológicas estandarizadas en grupo de intervención con seguimiento de la cohorte a uno y tres años, en escuelas/institutos de la ciudad de Zaragoza con alumnos de Enseñanza Secundaria.

Se inició en 1º de ESO (Educación Secundaria Obligatoria), con seguimiento en 2º y en 4º de ESO. Los participantes rellenaron encuestas al inicio y final de la intervención y de nuevo a los 12 y 36 meses.

La muestra original aleatoria consistió en cinco colegios públicos y cinco privados de Zaragoza con al menos dos aulas de 1º de ESO en cada escuela. Aleatoriamente, se asignó cada aula al grupo intervención (participarían en un programa dirigido a reducir el riesgo o incidencia de TCA) o control (para evaluación control).

La intervención consistió en cinco sesiones semanales de 120 minutos cada una. Se integró dentro del horarios escolar, con actividades en pequeño grupo, técnicas de implicación en alimentación, en imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir la presión social, la influencia sociocultural, interpretar y resistir la influencia de los medios, autoestima, habilidades sociales... Se aplicaron diferentes enfoques técnicos y metodológicos (role-playing, juegos, discusión en pequeño grupo, video...). Se ofreció también a los padres la participación en una sesión informativa de dos horas de duración.

Un año después se dio una sesión de refuerzo en nutrición e imagen corporal para los participantes y otra para padres.

En la evaluación se utilizaron medidas psicológicas estandarizadas (Eating Attitudes Test, EAT-26, Castro y cols, 1991; y Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN; Barquero y cols, 1994) que se aplicaron pre y postintervención. En ambas ocasiones se empleó un procedimiento en doble fase para identificar casos prevalentes de TCA y nuevos casos incidentes de TCA con criterios diagnósticos CIE-10 y DSM IV TR. Se hizo una criba con el EAT-26 y la entrevista semiestructurada SCAN en intervención y control al inicio y tras 12 y 36 meses. Así, en la primera fase se empleó el cuestionario autocumplimentado EAT-26 para detectar población con riesgo de TCA. En la segunda fase se efectuó una evaluación con la entrevista SCAN a quienes se consideró con riesgo en la primera fase (aquellos con puntuaciones iguales o mayores de 20 en el EAT-26) y una muestra aleatoria de los negativos por un psiquiatra o psicólogo clínico investigador que administra el SCAN ciego para la condición del alumno evaluado al inicio. Los entrevistadores fueron psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos con gran experiencia en psiquiatría adolescente y TCA, estandarizados previamente. A los 12 meses de seguimiento se evaluó a

los participantes con similar procedimiento.

Se registraron también peso y talla (primero autoinformados y después medidos con procedimientos estándar por enfermeras entrenadas).

Se estudiaron así, en la evaluación basal, 502 alumnos de 545 seleccionados de 12 y 13 años de edad (tasa de respuesta del 92,1 por 100): 257 del grupo de intervención y 245 del grupo control, 266 chicas y 236 chicos, 238 en institutos públicos y 264 en colegios concertados.

No había diferencias significativas de inicio entre los dos grupos. Se clasificaron con riesgo de TCA (> 20 en EAT-26) en el grupo de intervención 20/257, el 7,8 por 100 (IC 95 por 100: 5,1 por 100-11,7 por 100) y en el control 19/245, el 7,8 por 100 (IC 95 por 100: 5,0 por 100-11,8 por 100). La diferencia entre las dos proporciones se estimó en 0,000. El error estándar (EE) de la diferencia era de 0,024. El intervalo de confianza al 95 por 100 para la diferencia entre las dos proporciones era de -0,048 a 0,048, no significativa.

En la evaluación inmediata tras la aplicación del programa, los resultados señalaron una diferencia significativa en el conocimiento entre los grupos intervención y control. Encontraron un incremento significativo del conocimiento de nutrición, de 5,5 a 7,1 al comparar las medias en los individuos antes y después de la intervención, con el Wilcoxon Test en el grupo de intervención (sube de 5,5 a 7,1, $p=0,0000$), pero no en el control (baja de 6,4 a 6,3, $p=0,8741$).

También se halló un descenso estadísticamente significativo en las influencias socioculturales en el modelo estético corporal valorado con el Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ) con el Wilcoxon Test en el grupo de intervención (3,7 a 32,7, $p=0,0000$), y no en el control (33,7 a 33,7, $p=0,8166$).

Se entrevistaron 68 alumnos en la evaluación basal. La tasa de prevalencia puntual para las mujeres adolescentes (criterios CIE-10, DSM-IV) en 1999 fue de 2,6 por 100 (IC 95% calculado con el método recomendado Wilson con el CIA disk versión 2.00: 1,3% a 5,3%, EE: 0,010) ($n=7$ TCANE). En 1999 la tasa de prevalencia para varones (CIE-10, DSM-IV) fue de 0,0% (IC 95%: 0,0% a 1,6%, EE: 0,000) ($n=0$).

En 2000 se estudiaron 441 adolescentes: 222 en intervención y 219 en control ($n=61$ ausencias, tasa de respuesta: 80,9 por 100 de los seleccionados en 1999), 237 chicas y 204 chicos, 204 en centro público y 237 en privado concertado. Durante los 12 meses del periodo de estudio 104 estudiantes lo abandonaron.

Comparado con los controles, los adolescentes del grupo de intervención disminuyeron significativamente su riesgo de TCA. En el grupo de intervención 9/222, el 4,1% (IC 95%: 2,1%-7,5%) se clasificaron con riesgo de TCA (EAT-26) y 23/219, el 10,5% (IC 95%: 7,1%-15,3%), en el control. La diferencia entre las dos proporciones se estimó en 0,064. El error estándar (EE) de la diferencia era de 0,025. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre las dos proporciones era de 0,016 a 0,116. La diferencia que no incluía el 0, el valor de la igualdad, era significativa.

Se entrevistó a 125 alumnos a los 12 meses de seguimiento.

Casos de TCA en programa piloto Zarima

AÑO	Casos de TCA en GI		Casos de TCA en GC	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1999	0	3 TCANes	0	4 TCANes
2000	0	2 TCANes	1 BN	6 TCANes

Repetida la evaluación en el año 2000 la incidencia de nuevos casos de TCA era de 4,1% (IC 95% 1,7%-9,2%, EE: 0,018) en mujeres controles (n=5 TCANE) y 0,0% (IC 95%: 0,0%-3,3%, EE: 0,000) en las mujeres del grupo de intervención. La incidencia de nuevos casos de TCA era 1,0% (CI 95%: 0,2%-5,7%) en los varones control (n=1 F50.2,1 bulimia nerviosa) y 0,0% (CI 95%: 0,0%-3,4%) en intervención. Encontraron seis casos incidentes de TCA en el grupo control.

La incidencia de TCA (CIE-10, DSM-IV) disminuyó significativamente en el grupo de intervención no en el control. La diferencia fue significativa en las chicas, no en los chicos. La diferencia entre las dos proporciones en las mujeres se estimó en 0,041 con un EE de la diferencia de 0,018. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre las dos proporciones en las chicas era de 0,001 a 0,092.

Incidencia de TCA a los 12 meses de seguimiento en programa piloto Zarima

Sexo	Incidencia intervención (IC 95 por 100)	Incidencia control (IC 95 por 100)	Diferencia (IC 95 por 100)
Chicos	0,0% (0,0% a 3,4%)	1% (0,2% a 5,7%)	0,010 (-0,05 a 0,057)
Chicas	0,0% (0,0% a 3,4%)	4,1% (1,75% a 9,2%)	0,041 (0,001 a 0,092)*
Todos	0,0% (0,0% a 1,7%)	2,7% (1,3% a 5,8%)	0,027 (0,005 a 0,058)*

* Diferencia estadísticamente significativa

En 2002, a los 36 meses de seguimiento, en 4º de ESO se estudiaron 351 alumnos de los 545 seleccionados al inicio: 172 intervención y 179 control (tasa de respuesta del 64,4% de los seleccionados en 1999), 178 chicas y 173 chicos, 157 en centros públicos y 194 en privados concertados. En el grupo de intervención 6/172, el 3,5% (IC 95%: 1,6%-7,4%) se clasificaron con riesgo de TCA y en el control 12/179, el 6,7% (IC 95%: 3,9%- 11,1%). La diferencia entre las dos proporciones se estimó en 0,032. El EE de la diferencia fue 0,023. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre las dos proporciones fue de -0,016 a 0,082, incluía el 0, no significativa.

3.3 METANÁLISIS

Los metanálisis son una herramienta ideal para diseñar futuros programas de intervención: permiten analizar las características de programas previos, permitiendo así “pulir” futuros programas dirigidos a reducir la prevalencia de patología alimentaria (Shaw, Stice, Black, 2009).

Presentamos a continuación varios metanálisis de programas de prevención de trastornos de conducta alimentaria:

En **2002, Pratt y Wolfenden** llevaron a cabo una revisión de ensayos controlados centrados en la prevención de trastornos de conducta alimentaria con el objetivo de conocer si estos eran efectivos a la hora de: promocionar una conducta alimentaria saludable, promocionar factores protectores a nivel psicológico, promocionar de una manera satisfactoria la salud física, conseguir un impacto positivo, sostenible y mantenido sobre la salud física y mental y confirmar la seguridad del método en cuanto a unas posibles consecuencias dañinas en la salud mental o física.

De los 1016 títulos que hallaron en un inicio, tan sólo 12 cumplían los criterios de inclusión exigidos por las autoras: debían ser programas dirigidos a niños y adolescentes, en los que no se conociera previamente la existencia o no de un diagnóstico de TCA y en ellos debía haberse realizado alguna medida objetiva, o al menos una escala psicológica estandarizada, utilizada en grupo control e intervención tanto antes como después del programa.

Reconocen que no se puede extraer de su revisión ninguna conclusión firme sobre el impacto de estos programas, salvo que ninguno de ellos obtuvo pruebas suficientes de perjuicio.

Stice y Shaw planteaban en **2004** que existía una gran cantidad de programas preventivos puestos en marcha, por ello consideraban necesaria una nueva revisión de los mismos que proporcionase un resumen comprensible de los trabajos realizados hasta entonces y de sus efectos. Por otro lado, consideraban interesante debatir las limitaciones metodológicas, teóricas y estadísticas de los mismos, y buscar nuevas direcciones para futuras investigaciones.

Realizaron así una minuciosa y cuidadosa búsqueda de trabajos relevantes y tras ella reconocieron que los trabajos evaluados hasta entonces eran prometedores: varios de los programas lograban un descenso de cifras de TCA así como del riesgo de futuros incrementos de la patología, y un número aún mayor lograba reducir los factores de riesgo. Incluso algunas de las intervenciones lograban mantener sus efectos a lo largo de 2 años de forma más consistente que los grupos control.

En base a esta revisión los autores sugerían varios puntos a tener en cuenta en el diseño de futuros programas de cara a una mayor eficacia de los mismos, y animaban a continuar haciendo rigurosas revisiones que permitieran aproximarse cada vez más al objetivo último de esta prevención: disminuir la incidencia de TCA.

Piran, en 2005, revisó programas de prevención primaria y secundaria. Tras repasar varios textos y estudiar las diferentes metodologías planteó que para obtener un método preventivo ideal éste debería cumplir los siguientes criterios: 1. Exponer una base teórica de manera explícita, en la que se incluyera una lista de sus objetivos (factores de riesgo y protección) específicos a tratar. 2. Emplear uno o más grupos intervención y al menos un grupo control. 3. Utilizar muestras amplias y repartidas de forma aleatoria, preferiblemente divididas por comunidades escolares enteras. 4. Emplear medidas y escalas estandarizadas, validadas y fiables. 5. Medir y documentar cuestiones relativas a la ejecución del programa, como la adherencia y la formación de los interventores. 6. Realizar seguimiento de los participantes a largo plazo al menos durante un año y preferiblemente durante 2 a 5 años.

En su revisión, no localizó ningún programa que cumpliera todos estos criterios.

Los resultados de su trabajo confirmaban que los programas lograban sistemáticamente cambios favorables en el nivel de conocimientos de los participantes (en cuanto a nutrición saludable, niveles de actividad física, la diversidad de pesos, el desarrollo en la pubertad...), pero que la modificación en las actitudes, y más aún, en los comportamientos, era más difícil de obtener. Por otro lado, objetivó que ese tipo de cambios era más común su obtención en cuanto a la internalización del ideal de belleza que respecto a la satisfacción corporal.

Para concluir sus hallazgos en materia de prevención primaria afirmaba que a edades tempranas resultaba exitosa y que podía contribuir a definir futuras líneas de investigación.

En cuanto a la revisión que realizaron de trabajos centrados en prevención secundaria dirigidos a población universitaria, objetivaron resultados más exitosos que en prevención primaria con adolescentes. A la hora de preguntarse el porqué de esta diferencia sugerían que, puesto que se trataba de prevención secundaria, trabajaban con sujetos que presentaban ya sintomatología, y, por tanto, malestar. Por ello, resultaba razonable pensar que su motivación era mayor. Además, el hecho de que se trabajase con objetivos individuales para cada sujeto podía generar un mayor impacto, y por tanto mayor éxito. Por otro lado, y tratándose de estudiantes universitarios, suponían que sus herramientas cognitivas estaban más desarrolladas y se suponían menos vulnerables a las ideas y cánones que imponen los medios sociales en los que se encuentran inmersos.

Aunque los hallazgos de su revisión mostraban trabajos prometedores, recomendaban, de cara a futuros proyectos, seguimientos a más largo plazo con diseños de grupo multintervención y evaluación del impacto de intervenciones sistémicas.

Sugerían también que, al margen de la puesta en marcha de programas preventivos, sencillas herramientas preventivas deberían ser aplicadas por todo tipo de sanitarios, más aún en el ámbito de la salud mental, e incluso por profesionales docentes en su contacto diario con niños, jóvenes y adolescentes.

Fingeret, Warren, Cepeda-Benito y Gleaves, en 2007, iniciaron otra investigación de este tipo: su “pool” de trabajos a investigar constaba de 32 ya publicados y 14 no publicados. Centrarón sus objetivos en cuestionar la efectividad de la prevención, estudiar unos posibles efectos iatrogénicos y los beneficios de las intervenciones específicas frente a las no específicas. Su conclusión: las intervenciones preventivas tienen un efecto positivo en las actitudes y comportamientos alimentarios problemáticos. Veamos: como en tanto estudios previos detectan que el nivel de conocimientos en la materia es la variable más afectada por los programas, obteniendo efectos positivos a largo plazo. Los efectos positivos en la patología alimentaria y comportamientos dietéticos fueron pequeños pero consistentes cuando eran medidos de forma inmediata tras la intervención, y se conservaban por breves periodos. Respecto a la iatrogenia: no hallaron prueba ninguna al incorporar información descriptiva sobre el TCA.

En cuanto a la selección del grupo intervención comprobaron una vez más que las intervenciones puestas en marcha en sujetos de alto riesgo obtenían mejores resultados que aquellas que utilizaron grupos universales.

En **2007, el equipo de Stice**, Shaw y Marti perfeccionó su metanálisis previo estudiando trabajos realizados entre 1980 y 2006 y, en esta ocasión, concretaron que un 51% de los programas preventivos reducían los factores de riesgo para un TCA y un 29% obtenían una reducción de la patología alimentaria futura o presente.

Añadían esta vez en su revisión el estudio de la figura del “interventor”, concluyendo que si se trataba de alguien ajeno al grupo a trabajar, formado específicamente para la intervención, ésta era más efectiva que si se trataba de un sujeto “endógeno” (como serían, por ejemplo, los propios profesores de una escuela).

Se detuvieron también en la duración del periodo de seguimiento, determinando que intervenciones con periodos de seguimiento largos obtenían unos resultados menores que aquellos con una mayor frecuencia de seguimiento.

Rodríguez, Estras, Turón y Benítez realizaron una revisión sistemática a través de una búsqueda en Medline/Pubmed y Scopus (**2003-2008**). De una preselección de 118 documentos, incluyeron finalmente un total de 8 ensayos controlados aleatorizados y 4 metanálisis de calidad valorados mediante instrumentos específicos (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Agruparon los resultados según el tipo de estrategia (poblacional vs. selectiva -principalmente adolescentes mujeres, más aún si realizan actividades de riesgo a nivel de ocio o profesional: moda, danza, deportes de élite...-) y el tipo de intervención (los más frecuentemente empleados: psicoeducación, crítica hacia los medios de comunicación, técnica de inducción y disonancia cognitiva e intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer al huésped).

Hallaron que la estrategia más frecuente fue la selectiva, siendo los grupos de riesgo más estudiados los de mujeres adolescentes y universitarias, y

el tipo de intervención más administrada la psicoeducacional, seguida por las técnicas de inducción-disonancia y las de evaluación crítica del contenido de los medios.

Concluyeron que las técnicas de inducción-disonancia reportan una alta eficacia clínica, pero dejan clara la necesidad de que se realicen más estudios que corroboren la viabilidad de administrar programas de prevención de este tipo administrados por líderes entrenados.

Finalmente exponen que las características de un programa de prevención primaria con mayor eficacia serían: estrategia selectiva, formato interactivo en multis sesiones, impartidos por profesionales entrenados, ofrecidos sólo a mujeres mayores de 15 años que incorporasen contenidos relacionados con la aceptación corporal y técnicas de inducción y disonancia.

Como aspecto novedoso: algunos de los programas de prevención estudiados han tenido un efecto tanto para estos trastornos como para la obesidad, lo cual es prometedor desde el punto de vista de la salud pública.

En su metanálisis, **Stice, Becker y Rhode (2008)** señalan que la disonancia cognitiva ha sido empleada para tratar una gran variedad de problemas y patologías (obesidad, fobias, abuso de sustancias, enfermedades crónicas...), lo que sugiere que puede resultar también útil en el tratamiento de la anorexia nerviosa: se trataría de evitar el ideal de delgadez como prototipo de belleza femenina. Aplicada con este fin, la Dissonance-Based Intervention (DBI) pide a los sujetos que argumenten en contra de esta idea mediante ejercicios orales, escritos y prácticos. Pretende así que el discomfort que pueda ocasionar dicho ideal de belleza a nivel psíquico disminuya.

Tras un minucioso análisis de los programas puesto en marcha aplicando esta técnica, los autores concluyen que la DBI representa una prometedora línea de trabajo en materia de prevención. Encuentran que los resultados en investigaciones de diferentes grupos de trabajo eran mayores que en grupos control y que los efectos persistían hasta 3 años después. Incluso hallaron efecto preventivo en síntomas bulímicos así como en riesgo de obesidad. Consideraban que DBI tenía el suficiente soporte empírico para ser denominado eficaz en TCA.

De este modo, Stice y sus colaboradores, señalaron la DBI como un programa de prevención a diseminar, puesto que las pruebas científicas demostradas superaban a otros programas.

Tras una revisión de estudios, **Shaw y colaboradores (2009)** afirmaban que los investigadores en el campo de TCA habían desarrollado una serie de programas exitosos: disminuían satisfactoriamente la patología alimentaria y el riesgo de futuros incrementos de la misma, existiendo también numerosos programas que mermaban los factores de riesgo.

De cara a una mayor duración de la efectividad, concluían que eran preferibles muestras seleccionadas frente a universales, dinámicas interactivas frente a didácticas, programas multisesión frente a una única sesión, con participantes mayores de 15 años e impartidas por personal preparado

específicamente que por “proveedores internos” (figuras de referencia pertenecientes al propio entorno del participante: monitores, entrenadores, maestros....).

Por otro lado, y aunque gran parte de los programas resultaran efectivos, planteaban la necesidad de obtener unos resultados mejores y más duraderos, y cuestionarse porqué parte de los estudios no obtenían mejores resultados. Consideraban también importante para el éxito de los programas identificar el perfil de participantes que más se pudiera beneficiar de ellos y sugerían la necesidad de diseñar programas que pudieran aplicarse a un mayor número de participantes. Señalaban también la no utilización de grupos control en algunos estudios, lo que hacía imposible separar el efecto de la intervención, del efecto que pudiera tener únicamente el paso del tiempo, la regresión a la media u otros artefactos de medida.

En **2009**, **Lanmessenger y Verscheure** llevaron a cabo una actualizada pero sencilla revisión. Buscaban una vez más un posible efecto dañino de las intervenciones y sugerían que el éxito de los programas podía ser mayor en poblaciones específicas que en muestras universales. Pretendían hallar las variables más afectadas por la intervención y descubrir qué había de cierto en la influencia de las intervenciones en la conducta alimentaria de los sujetos.

Tras su estudio concluían que los programas conseguían ampliar los conocimientos de los participantes, pero a nivel conductual tan sólo hallaron discretas mejoras en el planteamiento de las dietas y los modelos de alimentación de los participantes frente a la población general. El efecto pernicioso de las intervenciones quedaba una vez más descartado.

En **2008**, el equipo de **Raich**, se lanza a la búsqueda de programas preventivos de TCA cuyo objetivo se centra únicamente en población adolescente y preadolescente. Localiza así 27 estudios publicados entre los años 1990 y 2004 dirigidos en 9 países diferentes. La mayoría de ellos utilizaban muestras de población anglosajona. En cuanto al área mediterránea hallaron 2 programas italianos (Dalle Grave, de Luca, Campello, 2001; Santonastaso y cols, 1999) y uno en Israel (Neumark-Sztainer y cols, 1995). En España, por entonces, encontraron el programa dirigido por Villena y Castillo en 1999, un proyecto sencillo sin grupo control.

Finalmente, encontramos la última revisión de **Stice** y su equipo (**2013**). Con este trabajo pretenden definir los programas preventivos que han obtenido efectos fiables, reproducibles y clínicamente significativos; estudiar la efectividad de los estudios en condiciones reales, analizar la difusión de los trabajos y aportar así nuevas ideas para futuras investigaciones en este campo. En la literatura revisada hallan seis trabajos con descensos significativos en los síntomas en el seguimiento a los seis meses, y dos que conseguían un descenso significativo de la aparición del trastorno. Estos refuerzan sus conclusiones de metanálisis anteriores. Respecto al objetivo de difundir los resultados positivos

de los programas de prevención, las pruebas halladas sugieren que la aplicación de los programas a nivel comunitario es la forma de difusión más efectiva.

Vemos así una muy favorable evolución desde los primeros programas preventivos en materia de TCA. Desde la mera psicoeducación a la completa educación para la salud, introduciendo cada vez novedades, perfeccionando las intervenciones, introduciendo las nuevas tecnologías en los programas, afinando en las necesidades de los participantes...

La realidad es que los resultados son cada vez más esperanzadores, pero sin haberse logrado aún la intervención ideal.

4. METODOLOGÍA



4.1 OBJETIVOS

El objetivo fundamental de este trabajo será llevar a cabo prevención primaria y selectiva del riesgo de TCA en adolescentes tempranos del norte de nuestra península a través de un programa de prevención manualizado, interactivo y multisesión.

Especificando los objetivos, con nuestro trabajo intentaremos:

- Disminuir significativamente la población con riesgo de TCA en el grupo de intervención un año después (con los participantes ya en 2º de ESO).
- Disminuir de manera significativa la tasa de incidencia de TCA en el grupo intervención al año de seguimiento.

En cuanto a los objetivos que pretende cubrir el taller de prevención que vamos a aplicar:

- Intentar, desde una perspectiva de salud y desarrollo personal, que los participantes desarrollen el máximo de habilidades y de recursos que les permitan un mejor cuidado de sí mismos, en concreto en cuanto al cuidado de su conducta alimentaria, y una mayor competencia personal y social.
- Superar en eficacia a los ensayados hasta la fecha, reforzando los puntos débiles de trabajos anteriores.
- Generar una actitud crítica en los adolescentes frente a los modelos estéticos imperantes ofrecidas por los medios de comunicación.
- Fomentar en ellos los factores protectores frente a un TCA: autoestima, autoimagen corporal positiva, habilidades sociales y asertividad.
- Presentar y reforzar hábitos alimentarios saludables.
- Dotar a los padres de habilidades para la educación de adolescentes y proporcionarles un conocimiento básico sobre los trastornos alimentarios, sus posibles causas, los factores protectores y los factores de riesgo. Enseñar a los padres síntomas y signos de aparición precoz para su rápida detección. Dar pautas de actuación en caso de sospechar el trastorno.
- Detectar población con riesgo y posibles casos y orientar así sobre las actuaciones a seguir a los adultos responsables.

4.2 HIPÓTESIS

I. Se espera hallar una población con riesgo de TCA (con puntuación en el cuestionario autocumplimentado de criba EAT-26 superior o igual al punto de corte de 20) entre un 4% y un 12%.

II. Se espera encontrar que entre las adolescentes de 1º de la ESO de las tres ciudades estudiadas la tasa de prevalencia de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) esté en un intervalo entre un 1% y un 5%, con predominio de los TCA no especificados o atípicos (F50.1, F50.3, F50.9).

III. Inmediatamente tras la administración del taller se espera hallar que el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención (medido a través del EAT-26) es significativamente menor que en el grupo control.

IV. Se espera hallar que el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención continúa siendo significativamente menor que en el grupo control a los 12 meses.

V. Se espera encontrar que la tasa de incidencia (casos nuevos) de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) es menor de forma significativa en el grupo intervención (donde se aplica el programa preventivo ZARIMA) y no en el grupo control a los doce meses de seguimiento (en 2º ESO).

VI. Tras la aplicación del taller se espera hallar una mejora significativa en la satisfacción corporal (medida a través de la Escala de Satisfacción Corporal) en el grupo intervención y no en el grupo control.

VII. Tras la aplicación del taller se espera hallar un descenso significativo en factores de riesgo (insatisfacción corporal e impulso a la delgadez, medidas a través del Eating Disorder Inventory) en el grupo intervención y no en el grupo control.

VIII. Tras la aplicación del taller se espera hallar un aumento significativo de los conocimientos nutricionales (medida a través de un cuestionario en nutrición) en el grupo intervención y no en el grupo control.

IX. Se espera hallar que las mejoras obtenidas en el grupo intervención en conocimientos nutricionales, satisfacción corporal y conductas alimentarias saludables son significativamente mayores que en el control.

X. Se espera hallar una mayor eficacia del taller en aquellos sujetos considerados inicialmente con riesgo que en los sujetos sin riesgo (clasificados con riesgo o sin él según su puntuación inicial en el EAT) tras su administración.

4.3 DISEÑO

Planteamos nuestro estudio como un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico. Se trata de un diseño experimental con grupo control con medidas psicológicas estandarizadas en intervención y grupo control, pre- y post-intervención y con seguimiento a un año.

Participaron en el estudio escuelas/institutos de Zaragoza, Santiago de Compostelay Santander (zona norte de España) con alumnos de Enseñanza Secundaria.



De esta forma, iniciamos el trabajo en 1º ESO (grado equivalente en el sistema escolar norteamericano: seventh-grade, 12-13 años) y el seguimiento se llevó a cabo en 2º ESO (grado equivalente: eighth-grade, 13-14 años).

4.4 MUESTRA

Se calculó el tamaño muestral necesario para detectar como significativa una diferencia entre intervención y control del 6% o superior. Aceptamos un riesgo alfa del 0,05 y beta del 0,20. El tamaño muestral se ajustó aumentándolo en función de las posibles pérdidas en el seguimiento (un 40%). Debía ser un mínimo de 307 en cada grupo, en total 614.

Centramos el trabajo en la adolescencia temprana, esto es, adolescentes entre 12 y 13 años. Para ello solicitamos la participación de alumnos de 1º de ESO en colegios públicos y no públicos (privados concertados) de poblaciones españolas: Santiago de Compostela, Santander y Zaragoza. Previa aceptación del programa por el equipo directivo y profesores de los centros, se seleccionaron aulas de 1º ESO en cada centro, asignando aleatoriamente a la mitad de ellas al grupo intervención y la otra mitad al grupo control. En el grupo intervención pretendíamos reducir el riesgo e incidencia de TCA aplicando un taller preventivo, el segundo nos serviría para una evaluación control.

4.5 VARIABLES

Para la medición de nuestra variable dependiente (TCA de acuerdo con los criterios diagnósticos de las clasificaciones actuales: CIE-10, OMS, DSM-IV y APA), empleamos los siguientes instrumentos de medida en la primera fase de nuestro estudio:

4.5.1 Eating Attitudes Test (EAT)(Garner, Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Garfinkel, 1982): El “Test de Actitudes hacia la Comida” evalúa un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa. Aunque ha derivado en versiones más breves, ésta es la versión inicial y ha mostrado buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, además de una adecuada sensibilidad y especificidad para el cribado de los TCA, permitiendo discriminar entre un “caso” de TCA y la población normal.

El cuestionario inicial consta de 40 ítems (EAT-40) y cada uno se puntúa en una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta, que van desde nunca hasta siempre. Los ítems están compuestos por afirmaciones que indican la frecuencia con la que la persona realiza conductas o presenta actitudes relacionadas con los TCA. La puntuación total del cuestionario nos indica la gravedad de los síntomas pero no necesariamente indica un diagnóstico de anorexia nerviosa.

El rango de puntuación va de 0 a 120. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA. Con el punto de corte de 30 puntos o más en un grupo de afectadas con AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84,7%, con un VPP del 78,5% y una tasa de falsos positivos del 9,8%.

Otros estudios han revelado que el EAT puede ser útil en la detección de casos de AN que no han sido previamente diagnosticados o para identificar casos actuales o incipientes de AN en poblaciones de riesgo de desarrollarla (bailarinas, estudiantes de modelo, por ejemplo) con sensibilidades, especificidades y VPP que oscilan entre 75% a 91,7%, 66,1% a 75% y 16% a 18,8%, respectivamente, con tasas de falsos positivos entre el 23,2% a 31,7%.

Versión española del EAT-40:

En España, la versión adaptada y validada en nuestro medio del EAT-40 fue realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá en 1991 en un grupo de AN y un grupo control sano. Utilizando el punto de corte de 30 recomendado por los autores originales, la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 86%. Entre las posibles causas que expliquen las diferencias con la versión original, destacar que las personas con anorexia españolas tenían una edad menor. Cuando se validó en una muestra de mujeres de 18 años utilizando el cuestionario de Castro y el punto de corte de 30, la sensibilidad fue del 75%, la especificidad del 97,1% y el VPP del 36%.

Los 40 ítems que lo conforman están agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso

de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso (Garner, Garfinkel, 1979).

EAT-26:

A partir del EAT-40, se desarrolló una versión breve de 26 ítems (la empleada en nuestro estudio), la cual presenta una correlación de .98 con el cuestionario EAT-40. Se suprimieron 14, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel, 1982).

La versión de 26 ítems consta de 3 escalas: “Dieta” (Dieting), compuesta de 13 ítems, que recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y la preocupación por la delgadez; “Bulimia y preocupación por la comida” (Bulimia and food preoccupation), compuesta por 6 ítems que hacen referencia a conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida; y “Control oral” (Oral control), compuesta de 6 ítems relacionados con el autocontrol acerca de la ingesta y la presión por parte de los otros para ganar peso. Al igual que en el EAT-40, los ítems están compuestos por afirmaciones que indican la frecuencia con la que la persona realiza conductas o presenta actitudes relacionadas con los TCA (Jorquera, 2010).

En la versión abreviada (EAT-26) se puntúa con la misma escala de tipo Likert: 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera inversa, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”=3)(Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel, 1982).

Una puntuación por encima del punto de corte (20) en este cuestionario supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno (Ruiz, 1999).

El EAT en sus dos versiones es tal vez el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26 (Mintz, O’Halloran, 2000).

Es una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA, pero se advierte sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TCANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento (Mintz, O’Halloran, 2000).

En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples (Maloney, Maguire, Daniels, Specker, 1989). Existe una versión validada en España por Rojo (Rojo-Moreno y cols, 2011).

4.5.2 Eating Disorder Inventory (EDI)(Guimerá, 1987): Este Inventario de Trastornos de la Ingesta se realizó originariamente en una muestra canadiense empleando un gran grupo de pacientes con trastornos alimentarios con criterios clínicos (Garner, Olmstead, Polivy, 1983; Garner, Olmstead, 1986). Su versión en español fue validada con unos valores de fiabilidad de consistencia interna similares a las presentadas por los autores en su versión original y una aceptable fiabilidad test-retest para la mayoría de sus escalas, así como una validez empírica, convergente y discriminante adecuadas. Presenta todas las cualidades psicométricas que permiten utilizarla (Guimerá, Torrubia, 1987). Es un instrumento de autoinforme multifacético, un complejo cuestionario autoadministrado, diseñado para evaluar las características psicológicas relevantes en la anorexia y bulimia, distintas áreas cognitivas y conductuales características de los pacientes con TCA (Mardomingo, 1994; Fernández, Turón, Menchón, Vidal, Vallejo, Pifarré, 1996).

Está formada por 8 subescalas con un total de 64 ítems con formato de respuesta Lickert: impulso a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, sentimiento de insuficiencia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, alexitimia y miedo a la madurez. Las tres primeras evalúan las actitudes hacia la comida y el cuerpo, están referidas a las conductas alimentarias. Las otras cinco miden características más generales, características psicológicas.

En 1991 Garner añadió a estas 8 escalas principales tres escalas provisionales (ascetismo, control de impulsos e inseguridad social) con 27 ítems sobre cuya utilización no existe consenso internacional (Casullo, Castro, Góngora, 1996), constituyendo un instrumento de 91 ítems: el EDI-2 (Garner, 2008).

Hemos preferido el empleo de las subescalas originales comunmente aceptadas, empleando para nuestro estudio las referentes a delgadez y satisfacción corporal.

4.5.3 Escala de satisfacción corporal (SCP)(Gismero, 1996): Mide la aceptación que el sujeto tiene de su cuerpo y consta de 8 ítems que se evalúan con una opción de respuesta tipo Likert. Puntúan 1 (“muy de acuerdo”), 2, 3 y 4 (“muy en desacuerdo”) los ítems 1, 2, 3, 4 y 5. Los ítems 6, 7 y 8 puntúan de manera opuesta, desde 1 (“muy en desacuerdo”) a 4 (“muy de acuerdo”). A mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción corporal.

La fiabilidad de la escala presenta un alfa de Cronbach de 0,70 para las mujeres y 0,73 para los hombres (Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Foltz ML, Núñez-Mangana, Rodríguez Castro, 2007).

4.5.4 Cuestionario de conocimientos en nutrición (Ruiz, 1999b): Se trata de un test que pretende explorar conocimientos nutricionales extraído de la Guía sobre Prevención de trastornos de la Conducta Alimentaria. Consta de 10 preguntas con 5 respuestas tipo test (cuatro distractoras y sólo una correcta) categorizadas como acierto “1” y error “0”. Puntúa sobre un total de 10.

4.5.5 Figura humana ideal: se solicitó a los participantes que plasmaran mediante un dibujo su ideal de figura humana acorde a su propio sexo.

Si bien se trata ésta de una prueba no validada, sí consideramos que podía ser interesante. El dibujo de la propia figura ya ha sido investigado como una posible herramienta más, breve y no invasiva, capaz de identificar TCA o tendencia a desarrollarlo (Guez, Lev-Wiesel, Valetsky, Sztul, Pener, 2010) y son numerosos los estudios que se han decidido a utilizarlo entre sus variables (Lucaks-Martón, Vasrhelyi, Szabo, 2008; Hick, Katzman, 1999; Bernier, Kozyrskyj, Benoit, Becker, Marcessault, 2010).

4.5.6 Variables sociodemográficas: recogimos además los siguientes datos de cada participante: edad, género, curso, escuela y país de origen (éste último de cara a futuros estudios).

4.5.7 Mediciones clínicas, datos antropométricos: Las estimaciones de cada parámetro de los adolescentes fueron realizadas por los investigadores, debidamente adiestrados y entrenados de acuerdo con la técnica estándar. Se midió el peso de cada individuo mediante báscula electrónica de lectura digital y la talla mediante un tallímetro portatil somatómetro con una precisión de fracciones de milímetro. El peso se obtenía con el adolescente descalzo, con la menor ropa posible, colocado en el centro de la báscula y sin moverse. La altura se midió con el adolescente descalzo, con los tobillos juntos, de pie, en bipedestación y con la espalda, nalgas y hombros apoyados sobre la pared vertical permaneciendo erguido en posición erecta. Talla y peso se midieron a la misma hora. Ambas son medidas simples fiables y convenientes para los estudios de campo (Ruiz, 1999a).

A través de ellas se calculó para cada participante el Índice de Masa Corporal (IMC ; $\text{peso (Kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$), para medir el estado nutricional de cada uno. Hoy día, la valoración del estado nutricional más utilizada es este índice (Ruiz, 1999a). Al tratarse de adolescentes y estar en fase de crecimiento, las medidas deben referirse a tablas pediátricas estandarizadas para población española, por edad y sexo (Hernández y cols, 1988).

4.6 GRUPO ZARIMA-PREVENCIÓN

Sería éste el equipo encargado de poner en marcha el trabajo de campo de nuestra investigación: el grupo ZARIMA de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario-Universidad de Zaragoza. Se trata de un equipo multidisciplinar de profesionales de Enfermería y Psiquiatría fundamentalmente, además de Psicología, Trabajo social y Terapia ocupacional.

Surgió con el objetivo de realizar prevención primaria y secundaria de los trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados y comenzó su andadura en el año 1996. Tal y como comentábamos anteriormente, fue en 1999 cuando puso en marcha un programa de intervención escolar para la prevención primaria

de TCAs. Tras el éxito inicial de aquella experiencia, el grupo comenzó un nuevo programa en 2006 cuyos resultados mostramos en este trabajo. La investigación estuvo financiada con F.I.S PI 05/2533.

Al pretender que fuese éste un estudio multicéntrico el equipo tuvo que buscar nuevos equipos en las otras ciudades participantes en la investigación, como SANTUCA en Santander, todos ellos compuestos por miembros pertenecientes a alguna de las profesiones citadas.

4.7 EVALUACIÓN ESTÁNDAR

Medimos inicialmente la prevalencia y posteriormente también la incidencia de TCA (criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IVTR) con una estrategia en doble fase:

1ª FASE:

Un cuestionario validado autocumplimentado se administró antes y después de la intervención. Así, los sujetos fueron cribados con el Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner, Garfinkel, 1979) en su versión validada al español (Castro y cols, 1991).

Junto a él, se les solicitó la cumplimentación también de las dos subescalas del EDI, el SCP y el cuestionario de conocimientos en nutrición, y se les solicitó el dibujo de la figura humana ideal. Si bien para el cálculo de la prevalencia e incidencia del riesgo de TCAs nos centraremos en el EAT, estos cuestionarios aportarán información interesante a la hora de indagar en otros síntomas propios del trastorno.

2ª FASE:

Si bien las medidas autoadministradas son un método de criba práctico y eficiente, se complementaron con una entrevista diagnóstica para obtener tasas de prevalencia acertadas. De esta forma, los adolescentes que puntuaron 20 ó más (punto de corte) en EAT-26, y una muestra de los negativos (todos aquellos con puntuaciones en el EAT iguales a 0 ó 1) se seleccionaron para entrevista semi-estructurada con un psiquiatra o psicólogo clínico entrenado. Se les aplicó la sección nueve de la “Parte Primera” del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Wing 1990), en una versión adaptada a la cultura española (Vázquez-Barquero y cols, 1994).

Este instrumento es el sucesor del Present State Examination (PSE), desarrollado hace tres décadas por Wing, Cooper y Sartorius y revisado por Wing y cols para la Organización Mundial de la Salud. El núcleo del instrumento es la décima versión del PSE (PSE-10). Es un instrumento de evaluación y diagnóstico altamente fiable. Está destinado a ser empleado por clínicos, evaluadores cualificados, y requiere familiaridad con la fenomenología de los trastornos mentales así como un entrenamiento formal en un centro

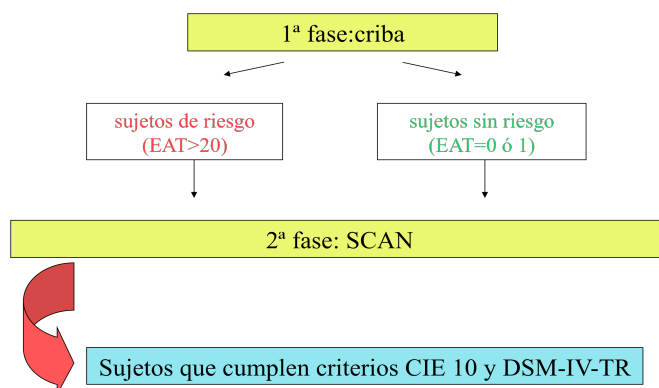
oficialmente reconocido por la OMS. Cubre un mayor rango de psicopatología que el PSE y aunque más costoso, tiene la ventaja clínica de ser aplicado por profesionales, psiquiatras experimentados (Wing y cols, 1990; Vázquez-Barquero, 1993; Vázquez-Barquero y cols, 1994; González, Ruiz, Corral, 1997; Hernández, Gadea, Lacruz, Conesa, 1997; Henderson, 1998).

Fue un equipo de clínicos, “ciegos” con enmascaramiento para las puntuaciones de los estudiantes, quien condujo las entrevistas. Se trataba de psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos con gran experiencia en psiquiatría adolescente y TCA, estandarizados previamente.

Las entrevistas tuvieron lugar en el propio colegio con 30 minutos de duración y los entrevistadores registraron la respuesta de los estudiantes a cada pregunta de acuerdo a un formato precodificado para su entrada informática y con un espacio adicional para anotaciones clínicas. Por otro lado, tras cada entrevista, prepararon un informe basado en las respuestas codificadas y sus notas clínicas, asignando un diagnóstico.

Los TCA fueron identificados y clasificados de acuerdo con criterios de la International Classification of Diseases, 10ª revision (CIE-10) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition TR (DSM-IV-TR).

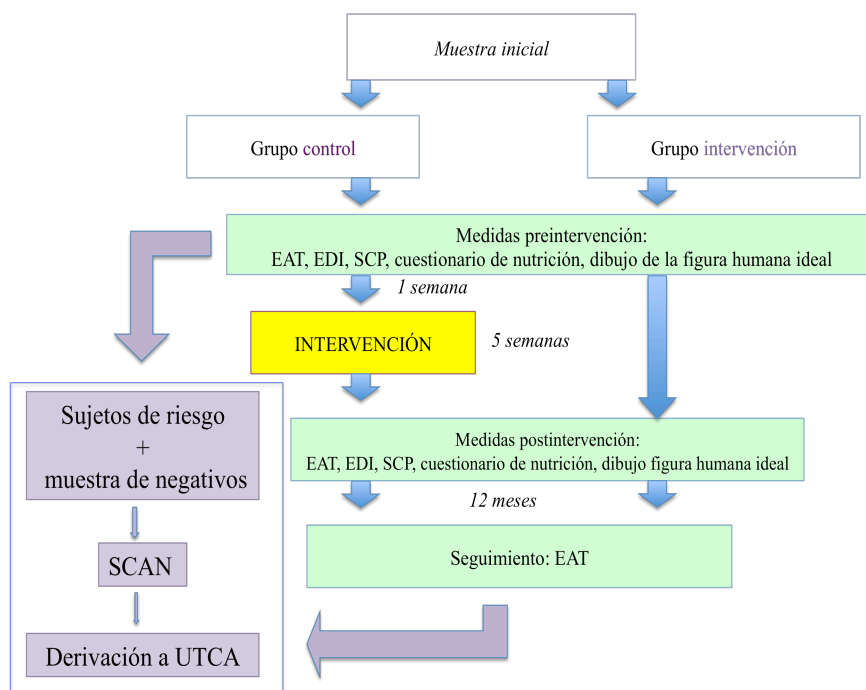
Como señalábamos, en esta segunda fase se entrevistó tanto a la población con riesgo como a una amplia submuestra de la población sin riesgo para evitar falsos negativos frecuentes entre la población con TCA que tiende a minimizar o negar sus síntomas en los cuestionarios autocumplimentados, a falsear u ocultar su sintomatología. Se entrevistó precisamente por ello a las puntuaciones más bajas (0 y 1). Con este procedimiento tratamos de minimizar una posible infraestimación de los datos de la prevalencia de TCA entre la muestra poblacional estudiada.



4.8 REEVALUACIÓN

Los participantes fueron reevaluados a la quinta semana de intervención, en la última sesión, rellenando de nuevo el cuestionario EAT-26, así como los cuestionarios de nutrición, EDI, SCP y de nuevo la figura humana ideal.

A los 12 meses de la intervención, mismo procedimiento de evaluación que previamente a la intervención: nueva cumplimentación, en esta ocasión únicamente del EAT-26, y entrevista SCAN, esta última a todos aquellos participantes con puntuaciones mayores de 20 en EAT-26 e iguales a 0 ó 1. Junto a ellos, se repitió el SCAN a todos aquellos que ya habían sido entrevistados el año anterior independientemente de su puntuación en esta evaluación de seguimiento, de cara a estudiar su evolución.



4.9 RECOGIDA DE DATOS, TRABAJO DE CAMPO

4.9.1 Consentimiento informado

Tras obtener las aprobaciones institucionales éticas relevantes de Comités Éticos de Investigación Clínica (CEICA) en todas las ciudades del estudio y siguiendo principios de la Declaración Helsinki e Informe Belmont, pusimos en marcha nuestro trabajo de campo:

Entre septiembre y octubre de 2006 se contactó con los centros a trabajar (directores, claustros y asociaciones de padres), presentándoles la investigación vía correo y enviándoles también un modelo de autorización a rellenar por los padres de los alumnos, un consentimiento informado indispensable para su participación en el estudio. La participación de los adolescentes debía ser voluntaria, por lo que también ellos debían rellenar el consentimiento.

Una vez autorizada la participación, se contactó vía telefónica con los centros para establecer el calendario de sesiones de la primera fase y las

entrevistas de la segunda. Las fechas acordadas estaban entre enero y abril de cada año (prevención en 2007 y seguimiento en 2008 y 2010) siempre dentro del horario escolar y tratando de evitar calendarios de exámenes con el fin de no interferir en el rendimiento académico de los participantes.

4.9.2 Estandarización del equipo

Mientras tanto, entre septiembre y diciembre de 2006, los miembros del equipo investigador que deberían acudir a los colegios fueron estandarizados y formados en el programa preventivo.

Se llevaron a cabo reuniones con el fin de llevar a cabo esta estandarización. El formato de trabajo a utilizar tenía como base la Guía sobre Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, publicada en su primera edición en 1999 y que surgió por iniciativa del Consejo de la Juventud de Aragón en colaboración con la Diputación General de Aragón y ARBADA (Asociación aragonesa de familiares de enfermos con trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia).

Las sesiones de intervención que se iban a aplicar a los participantes, todas ellas recogidas en la citada Guía, les fueron presentadas por investigadores que ya habían trabajado en el estudio anterior, asegurando así la homogeneidad en las intervenciones a los adolescentes. También se aseguró en estas reuniones de familiarizar al equipo con los diversos instrumentos de trabajo: cuestionarios, instrumentos de medida (báscula, metro, proyector...).

Por otro lado, era imprescindible concienciar al equipo de que la muestra con la que íbamos a trabajar estaba compuesta por “adolescentes”, cada uno de ellos con sus inquietudes, valores, conocimientos... y que iba a ser necesario amoldar nuestro lenguaje al suyo y tratar de entender sus expectativas para alcanzar con mayor éxito nuestro objetivo preventivo. Sería un punto clave el implicar a los alumnos y conseguir su atención y participación activa en cada sesión, y para ello el equipo debía de estar motivado.

4.9.3 Recogida de datos y puesta en marcha de la intervención

El programa preventivo está compuesto por un total de 5 sesiones, cada una de dos horas de duración, que se impartieron semanalmente en los centros educativos correspondientes, en las propias aulas. El material y los medios audiovisuales necesarios fueron aportados por el equipo. El lugar concreto y el horario fueron acordados previamente con los representantes/contactos de cada centro. De cara a conseguir una mayor colaboración por parte de los alumnos, solicitamos al equipo docente que el profesor encargado de cada clase (que debía rellenar una evaluación al finalizar) permaneciese acompañando a los alumnos durante la sesión, aunque este punto fue complicado de materializar.

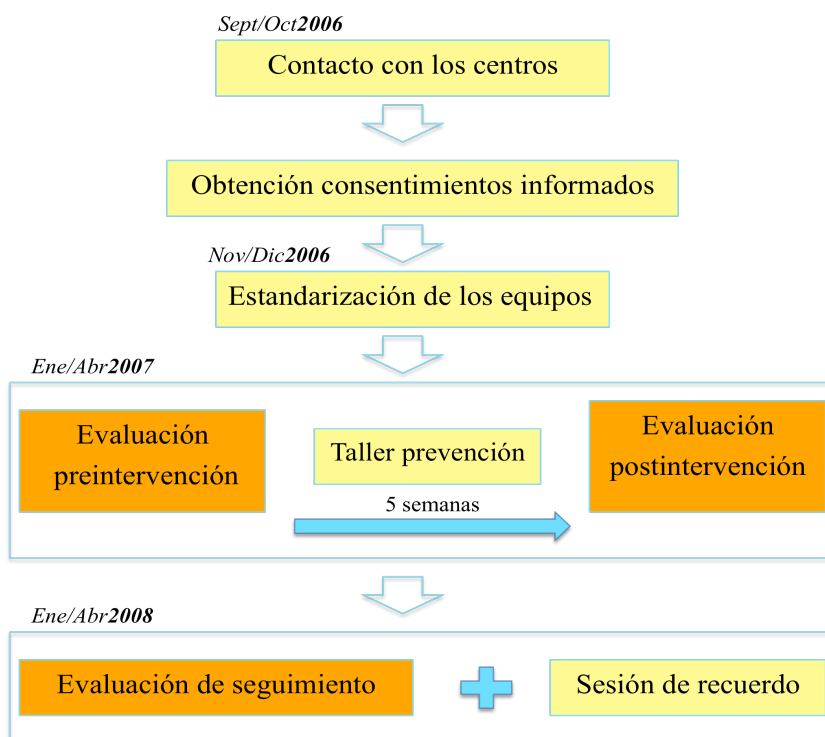
Cada sesión estuvo dirigida por 2 a 3 miembros del equipo que se desplazaron en el horario acordado a los centros escolares, facilitando así el manejo de cada grupo y el adecuado transcurrir de las sesiones. Los centros, los horarios y el contenido de cada sesión, así como las parejas-grupos de

investigadores, se repartieron aleatoriamente, en virtud de la disponibilidad de cada miembro.

El bloque intervención estaba introducido por una primera sesión en la que se tomaron las medidas antropométricas de los participantes y en la que se les solicitó la cumplimentación de los cuestionarios que a continuación exponemos. Esta misma sesión fue repetida al finalizar el bloque de las cinco sesiones interventivas, exactamente con la misma toma de medidas y la repetición de los cuestionarios.

En las restantes sesiones y a través de diferentes enfoques técnicos y metodológicos (“role-playing”, juegos, discusión en pequeño grupo, debates, video, diapositivas, dibujo, representaciones) y con actividades en pequeño grupo, se trabajaron técnicas de implicación en alimentación, imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir presión social, influencia sociocultural, interpretar y resistir influencia de los medios de comunicación, autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y comunicativas y entrenamiento asertivo.

Las intervenciones se diseñaron para llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual y los asuntos discutidos en las sesiones eran de naturaleza emocional, sensible.



4.9.4 El programa preventivo

Consistente en 4 sesiones de periodicidad semanal destinadas específicamente a la intervención junto a dos sesiones de medición/evaluación (una previa y otra inmediatamente posterior a la intervención).

MEDICIÓN PREVIA	<p>Introducción</p> <p>Medidas antropométricas</p> <p>Cuestionarios: EDI, EAT, SCP, encuesta de nutrición, dibujo de la figura corporal ideal</p>
1ª sesión	Alimentación y nutrición
2ª sesión	Imagen corporal, sexualidad y crítica del modelo estético.
3ª sesión	Autoconcepto e imagen corporal
4ª sesión	Asertividad y habilidades sociales
MEDICIÓN POSTERIOR	<p>Despedida y encuesta evaluación</p> <p>Medidas antropométricas</p> <p>Cuestionarios: EDI, EAT, SPC, encuesta de nutrición, dibujo de la figura corporal ideal</p>

Exponemos a continuación de forma detallada la estructura del programa y el contenido y objetivos de cada sesión:

I: Evaluación/medición previa a la intervención

1. **Presentación** a los alumnos de nuestro programa: presentación personal de cada uno de los interventores presentes en el aula. Breve exposición a los alumnos participantes del objetivo investigador y de la importancia de su colaboración para su obtención.

2. Se tomaron las **medidas antropométricas** de cada uno de los participantes: talla y peso (apuntamos aquí la dificultad que esto supuso en el caso de algunos alumnos más pudorosos, temerosos de que sus compañeros pudieran conocer estas medidas tuvimos que asegurar la confidencialidad y habilitar en cada aula un espacio resguardado de miradas curiosas). Posteriormente se llevó a cabo el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) o Quetelet para cada alumno.

3. Al tiempo que los alumnos, uno a uno, era tallado y pesado, se repartieron los **cuestionarios**: el método cuantitativo para la valoración de los conocimientos y actitudes iniciales de los miembros de la muestra. Su aplicación previa y posterior a la intervención nos permitiría evaluar el impacto del trabajo.

En primer lugar, se les indicó la forma en que debían anotar sus datos personales de cara a proteger su confidencialidad y anonimato: cada cuestionario llevaba una tarjeta grapada a rellenar por el participante con su nombre y apellidos, edad, sexo y país de origen. En la parte superior de cada tarjeta y cada cuestionario aparecía un código numérico. Este código nos permitiría identificar al encuestado sólo en el caso de que la puntuación del test lo clasificase como sujeto con riesgo.

Los miembros del equipo responsables de cada aula se mantuvieron totalmente disponibles, atentos a cualquier duda que pudiera plantear la cumplimentación. Se pidió silencio, se ubicó a los alumnos en sus pupitres con una distancia prudencial y se les insistió en que necesitábamos unas respuestas sinceras y personales.

Los cuestionarios aplicados, todos ellos autoadministrados, fueron los siguientes (presentados íntegramente en el apartado de Anexos):

- Cuestionario de nutrición: con él valoramos los conocimientos nutricionales previos.
- Escala Eating Attitudes Test (EAT-26): una puntuación igual o mayor de 20 identificaría al encuestado como población con riesgo de TCA. Consta de tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral.
- Escala de Satisfacción Corporal
- Eating Disorder Inventory: se administraron únicamente las subescalas impulso a la delgadez e insatisfacción corporal, 16 ítems en total.
- Dibujo de la figura humana ideal (para su mismo sexo): útil para una valoración cualitativa y para emplearlo posteriormente como material de debate con los participantes.

La extensión total del cuestionario era de 4 páginas que debían rellenar en unos 30 minutos.

II: 1ª intervención

CONTENIDOS: Alimentación y nutrición

ACTIVIDADES:

1. Encuesta dietética en pequeño grupo: divididos los participantes (de forma aleatoria siempre, para evitar exclusiones y pandillas de amigos) en grupos reducidos, se les administró una encuesta de nutrición para su cumplimentación colectiva. Una vez transcurridos unos 15-20 minutos, en cada grupo un portavoz de cada grupo se encargó de poner en común con el resto del aula las respuestas del equipo, que quedaban reflejadas en la pizarra del aula.
2. Charla sobre alimentación y nutrición: Exposición teórica de conceptos básicos sobre nutrición y alimentación saludable. La pirámide alimentaria, la importancia del desayuno y de hacer cinco comidas al

día, el índice de Quetelet y la existencia de un rango amplio de pesos normales para cada edad, sexo y talla... fueron parte de los temas tratados, siempre intentando fomentar la participación activa de los alumnos, permitiéndoles aportar sus propias experiencias y hábitos.

3. Falsos mitos: se distribuyó a cada subgrupo un listado con los siguientes seis “mitos”: 1. Lo que más hay que comer son las vitaminas, 2. Lo que más hay que comer son las proteínas, 3. El pan engorda, 4. Hay alimentos que engordan o adelgazan, 5. El agua en las comidas engorda, 6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas. Cada grupo argumentaba la veracidad o no de cada punto y posteriormente era el portavoz la exposición posterior del argumento al resto del aula. Los miembros de nuestro equipo presentes (recordemos que previamente estandarizados), argumentaron a continuación cuáles eran los falsos y porqué.

III: 2ª intervención

CONTENIDOS: Imagen corporal, sexualidad y crítica del modelo estético.

ACTIVIDADES:

1. Dibujo de la figura humana ideal: se retomaron los dibujos hechos por los participantes en la primera sesión y de forma anónima, uno por uno se fueron mostrando y analizando colectivamente. Se trataba de hacer reflexionar a los participantes, sobre todo con los dibujos que mostraban sujetos tubulares: ¿qué os parece este dibujo?, ¿los hombros y las caderas tienen que estar a la misma altura?, ¿si le tapamos la cabeza distinguimos si es chico o chica?,... A continuación se proyectaban en el aula los modelos corporales “correctos” y se analizaban, recordándoles siempre que “cada persona tiene su propia figura ideal y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo de delgadez tan irreal como poco saludable”.
2. Juego de roles: Se dividió el grupo en 5 subgrupos, asignando a cada uno de ellos un personaje; cinco papeles que giran sobre un protagonista, “Pepe el Gordito”. A cada subgrupo se le presentaban las características del personaje que a continuación un portavoz debería representar. Entre los miembros de cada subgrupo debían preparar el papel: una compañera de clase a la que Pepe pide salir, el popular del colegio que no tiene ningún interés porque le vean con un gordito, un compañero muy deportista, un amigo de Pepe y el propio Pepe. Tras la representación de la historia planteada (en la que dimos gran cabida a la improvisación) se planteó un debate a la clase: cuáles eran los motivos de que Pepe fuera rechazado. Los miembros del equipo investigador tenía aquí un trascendental papel como moderadores del debate: resultaba interesante preguntar a los actores cómo se habían sentido, e importante resaltar los aspectos positivos de la tolerancia, la aceptación de la diversidad y lo superficial de los prejuicios por el físico.

3. Crítica de imágenes de publicidad: proyección en el aula de un total de 21 imágenes publicitarias. Se trataba de conseguir la crítica por parte de los alumnos de la cultura del cuerpo de nuestra sociedad. Con el paso de las imágenes se les incitaba opinar: ¿cuántos chicos conocéis así de musculados?, ¿cuántas chicas conocéis que quepan en ese vestido?...
4. Dramatización de un anuncio: también divididos en subgrupos se les pidió que recordaran un anuncio de televisión en el que se utilizara la imagen corporal, el peso, para atraer al cliente. Posteriormente la representaban para el resto del aula para finalmente analizar la manipulación con el resto de sus compañeros.

IV: 3ª intervención

CONTENIDOS: Autoconcepto y autoestima

ACTIVIDADES:

1. Árbol de mi autoestima: Se les animó a que dibujaran a título individual un árbol, escribiendo en los frutos sus “logros” ó “éxitos” y en las raíces sus cualidades físicas, mentales... A continuación se les concedió unos minutos para reflexionar sobre el tema.
2. Dibujo de la tortugas: En base a un sencillo dibujo y la fórmula de William James “autoestima=éxito (lo que uno consigue)/expectativas (lo que uno espera)”, se trabajó y explicó el concepto de autoestima.
3. Anuncio publicitario: Divididos en subgrupos se les dio cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartir en pequeño grupo y que eligieran uno para representar o exponer delante de la clase. Se trataba de que se vendieran bien y mostraran sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, una representación... Debían ser directos y entusiastas. A continuación hacían una puesta en común de cómo se habían sentido.
4. Espejo mágico: Con el grupo de pie y en círculo, se les pasó un “espejo imaginario”, explicándoles que a la pregunta “Espejito mágico, ¿qué es lo que más te gusta de mí?” el adolescente debía responderse en voz alta con una cualidad “Lo que más me gusta de ti es...” y pasar el espejo al compañero de grupo de la derecha. A continuación, puesta en común sobre cómo se habían sentido.
5. Caricias interpersonales: Divididos en subgrupos y colocados en círculo se les pidió que dijeran una cualidad física que les gustara del compañero de la izquierda y otra psíquica, de carácter, etc. del de la derecha. Se les explicó que conviene acostumbrarse a decir a los demás lo que nos gusta de ellos. De nuevo, puesta en común sobre cómo se habían sentido.

Sesión V: 4ª intervención

CONTENIDOS: Asertividad y habilidades sociales

ACTIVIDADES:

1. Rueda de escucha activa, defensa de derechos: De nuevo se dividió al grupo pero esta vez en parejas colocadas, un miembro de la pareja frente al otro, en dos círculos concéntricos. Se planteó a cada pareja una situación concreta en la que se vieran con la necesidad de defender un derecho y dar su opinión de forma siempre asertiva (que un amigo le devolviera un objeto que había prestado, que un profesor explicara algo que no has entendido, que le devolvieran el dinero en una tienda porque lo comprado no funcionaba...). Se dejaba pasar un tiempo prudencial para que cada pareja llevase a cabo el ejercicio y se procedía al cambio de compañero y de situación (cada una anotada en una tarjeta que iba rotando entre los participantes).
2. Compartir “piropos”: De nuevo organizados en subgrupos de parejas rotantes, se pidió a ambos miembros de la pareja que dedicasen un elogio sincero y verbalizado en segunda persona a su compañero. Podían referirse a cualidades físicas, aspecto estético, peinado, ropa, pertenencias...de la persona que tenían enfrente. Se explicó también lo importante de agradecer el piropo. Era un ejercicio clave para mejorar su afirmación y su autoestima, y debían acostumbrarse a elogiar lo bueno de los que nos rodean.
3. Imagen de mi “yo”: se introdujo a los participantes el concepto de asertividad con ayuda de material de texto y visual ya preparado, y se plantearon tres estilos de diálogo y comportamiento: pasivo, agresivo y asertivo. A continuación se leyeron en voz alta ejemplos de situaciones y se les preguntó cuál de las tres alternativas dadas era la conducta agresiva, la pasiva y cuál la asertiva. Por último en esta dinámica, se les presentó una hoja con figuras representando diversos roles, cada alumno debía elegir aquella con la que se sintieran más identificados y explicar el porqué.
4. Juego de roles: dividido el grupo en cinco subgrupos, dos personas de cada uno debían representar una situación planteada por el monitor, en primer lugar de una forma improvisada y a continuación aplicando técnicas asertivas concretas facilitadas por los propios monitores. Al terminar se hizo una puesta en común de cómo se habían sentido.

VI: Evaluación/medición postintervención

1. Nueva evaluación (repetición del cuestionarios). En esta ocasión, en lugar de volver a tomar las medidas antropométricas se les solicitó que indicaran su peso y talla estimado (de cara a otros estudios consideramos interesante el comparar

las medidas reales con las subjetivas proporcionadas por los propios participantes).

2. Agradecimiento a los participantes y despedida.

En la última sesión de cada programa, se invitó a los adolescentes al debate y evaluación con preguntas: qué les ha gustado y no, sobre las actividades, y sugerencias para mejorar la intervención. Los datos de la evaluación fueron generados en grupos de discusión conducidos por facilitadores.

El video DVD “Comer bien, verse mejor” se realizó especialmente para el programa tras la sugerencia de los adolescentes en la primera sesión de evaluación cualitativa del programa piloto.

Sesión para padres

Consta de una sesión de dos horas con trabajo en pequeños grupos, que incluye dos casos ejemplo de situaciones cotidianas, seguido por discusión de 45 minutos y un folleto para padres. Se anima a la discusión abierta ayudada por facilitadores. Se basa en modelos teóricos de sistemas familiares y aprendizaje social.

Proporciona estrategias claras y oportunidades para que los padres compartan sus experiencias. Intentamos entrenar a padres en métodos efectivos de crianza para adolescentes, animar a una comunicación franca de peticiones y soluciones entre miembros de la familia, y minimizar conflictos.

5º) Sesión de recuerdo y reevaluación

A los 12 meses de la intervención y tras concertar nuevas citas con los colegios participantes, los miembros del equipo volvieron a desplazarse a las aulas. La intención en esta ocasión era llevar a cabo una nueva evaluación de los grupos control e intervención y dar de nuevo una sesión de refuerzo, una única, que refrescara los temas tratados el año anterior en el grupo intervención.

Con el cambio de curso es habitual una redistribución del alumnado, por lo que fue preciso que los propios colegios organizaran a los alumnos en aulas según los grupos (control/intervención) en los que habían participado en la anterior evaluación. A partir de allí, la actuación fue diferente para unos y otros:

➤ **Grupo control:** Nueva cumplimentación del EAT-26. De nuevo tallaje y pesado.

➤ **Grupo intervención:** Nueva cumplimentación del EAT-26. De nuevo tallaje y pesado. A continuación en este grupo, se llevó a cabo una sesión de refuerzo en nutrición e imagen corporal con actividades en pequeño grupo, técnicas activas e interactivas.

Para ello, en primer lugar, se daba paso a la visualización del DVD “Comer bien, verse mejor” (6 minutos) con posterior coloquio, seguido de una nueva dinámica centrada en nutrición (recuerdo de la pirámide de

alimentos con material escolar ya preparado, en grupos de 5 y con posterior puesta en común). Por último, se trabajó una vez más la imagen corporal con una dinámica de grupo. El tiempo global calculado es de 2 horas (30 minutos para la evaluación y 90 minutos para la intervención).

Se planteó, como en la intervención anterior, la necesidad de que un profesor estuviese presente durante la sesión y se le solicitó la evaluación del taller mediante una ficha que le fue entregada.

Una vez más nos encontramos con el inconveniente de que algunos de los alumnos participantes en el estudio no estaban presentes (bien por absentismo, por cambio de centro...) en el momento de la cita programada con el centro. En caso de que la ausencia fuera subsanable (se tratase de una ausencia puntual y el alumno fuese localizable), se solicitó a los centros que administraran a esos alumnos los cuestionarios en otro momento, recogiendo los miembros del equipo posteriormente. Tratábamos así de minimizar el número de pérdidas.

Ofrecimos a los padres otra sesión de refuerzo paralela (información sobre TCA, vídeo y discusión 30 minutos).

4.10 ANÁLISIS DE DATOS

- I. Durante el trabajo de campo, se codifican y verifican los cuestionarios.
- II. Se hacen dos bases de datos con los mismos datos de los cuestionarios introducidos por dos personas separadas y se comparan posibles errores durante la introducción de los mismos.
- III. Para evitar errores hasta donde es posible introducimos controles automáticos.
- IV. Se hallaron ítems en blanco en algunos cuestionarios, cuestión que resolvemos mediante la imputación de datos (ver apartado 5.2).
- V. Tras comparar las dos bases de datos y los cuestionarios originales finalmente tenemos unos datos limpios y completos.
- VI. El análisis estadístico descriptivo de los datos se realiza con IBM SPSS Statistics V 19.0 una vez que la base de datos está verificada y libre de errores. De esta manera describimos las características sociodemográficas y antropométricas.
- VII. También a través del programa IBM SPSS Statistics V 19.0 calculamos la prevalencia del riesgo de TCA previamente a la intervención, postintervención y en el seguimiento, y se calcula la prevalencia del diagnóstico previamente a la intervención y en el seguimiento. Estos cálculos se realizan para las poblaciones definidas. Se calculan en total para el conjunto de la muestra y para cada categoría sociodemográfica (clasificados por ciudad de origen y sexo) así como para GC/GI. Se obtienen intervalos de confianza (IC) al 95% a través del programa Epidat 3.1.

El mero hecho de extraer una muestra implica que los resultados del estudio sólo son estimaciones de los datos que se habrían obtenido si se hubiera examinado a toda la población. Por esta razón indicamos si los resultados son estadísticamente significativos o si sólo representan variaciones muestrales. Ofreceremos esta información indicando si las diferencias observadas se hallan dentro del intervalo esperado para este diseño. Dado que con cualquier proporción procedente de un diseño con un muestreo adecuado es posible calcular el error estándar, acompañaremos las tasas de prevalencia de información acerca del IC de modo que puedan aplicarse las pruebas de significación para las diferencias entre tasas de prevalencia (Burke, Regier, 1996).

- VIII. Tras la presentación de los datos y la estadística descriptiva de las variables, llevamos a cabo los contrastes de hipótesis: para las comparaciones de prevalencias y tasas de incidencia entre grupo control y grupo intervención empleamos el test de comparación de proporciones Epidat 3.1.
- IX. Para estudiar la posible influencia de la interacción de las variables sexo, ciudad de origen de la muestra y riesgo en la eficacia del taller (medida mediante el EAT-26) empleamos el análisis multivariante ANOVA de medidas repetidas. Para ello tomamos como variable dependiente el EAT en cada etapa (preintervención, postintervención y seguimiento) y como factor de interacción intersujeto las variables sexo, riesgo previo o pertenencia a grupo control/intervención.
- X. Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre grupo control e intervención se utiliza el test estadístico T-test para muestras independientes al tratarse de variables continuas.

5. RESULTADOS



5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA INICIAL

En 2007 contamos con una muestra inicial total de 1558 participantes que aceptan voluntariamente y con el consentimiento de sus padres formar parte del programa. Pertenecen a 29 colegios (17 públicos, 12 privados concertados); un total de 73 aulas.

701 participantes proceden de Zaragoza (45% del total de la muestra), 423 de Santiago de Compostela (27,2%) y 434 de Santander (27,9%) (Tabla 5.1-1).

Tabla 5.5-1: Distribución de la muestra según ciudad de origen.

	Frecuencia	Porcentaje
Santander	434	27,9
Santiago	423	27,2
Zaragoza	701	45,0
Total	1558	100,0

Un 48,1% de participantes de la muestra inicial son mujeres (750 de los 1558) y un 51,9% son varones (808). Están repartidos por ciudades de la siguiente manera (Tabla 5.1-2, Figura 5.1-1):

Tabla 5.1-2: Distribución de la muestra según sexo.

		Varón	Mujer	Total
Santander	Recuento	226	208	434
	% dentro de ciudad	52,1%	47,9%	100,0%
	% dentro de sexo	28,0%	27,7%	27,9%
Santiago	Recuento	221	202	423
	% dentro de ciudad	52,2%	47,8%	100,0%
	% dentro de sexo	27,4%	26,9%	27,2%
Zaragoza	Recuento	361	340	701
	% dentro de ciudad	51,5%	48,5%	100,0%
	% dentro de sexo	44,7%	45,3%	45,0%
Total	Recuento	808	750	1558
	% dentro de ciudad	51,9%	48,1%	100,0%
	% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

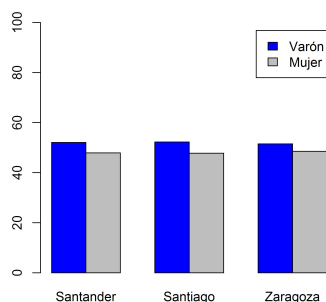


Figura 5.1-1: Distribución de la muestra según sexo.

Aunque el trabajo se inició en alumnos de 1º ESO (curso escolar correspondiente habitualmente a edades de 12-13 años), fenómenos como repetición de curso o edades atípicas de escolarización hicieron oscilar las edades de los participantes al inicio entre una mínima de 11 años y una máxima de 15 (Tabla 5.1-3, Figura 5.1-2), siendo la edad media de participación de 12,37 años (desviación típica 0,624).

Tabla 5.1-3: Distribución de la muestra según edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11	2	,1	,1
12	1095	70,3	70,4
13	355	22,8	93,2
14	99	6,4	99,6
15	7	,4	100,0
Total	1558	100,0	

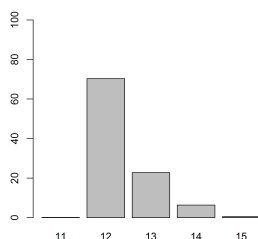


Figura 5.1-2: Distribución de la muestra según edad (años)

El peso medio de la muestra estaba en 51,84kg y la altura media en 1,57m, con un IMC medio de 20,7kg/m²(Tabla 5.1-4).

Tabla 5.1-4: Distribución de las variables peso, talla e IMC en la muestra.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Peso (kg)	1435	27,200	120,400	51,84264	11,336974
Talla (m)	1435	1,360	1,900	1,57812	0,081123
IMC (kg/m ²)	1435	13,17	42,16	20,7017	3,59868

Analizando estos mismos datos en virtud del sexo de los participantes vemos que para los varones el peso medio está en 52,69kg, la talla media en 1,58m y el IMC medio en 20,76kg/m². Para las mujeres, el peso medio es de 50,93kg, la talla media 1,56m y el IMC medio 20,62 kg/m² (Tabla 5.1-5).

Tabla 5.1-5: Distribución de las variables peso, talla e IMC según sexo.

				Estadístico	Error típ.
Peso (kg)	Varón	Media		52,69123	,457201
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	51,79366	
			Límite superior	53,58879	
		Desv. típ.		12,454018	
	Mujer	Media		50,93405	,377308
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	50,19325	
			Límite superior	51,67486	
		Desv. típ.		9,932596	
Talla (m)	Varón	Media		1,58657	,003302
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,58008	
			Límite superior	1,59305	
		Desv. típ.		,089952	
	Mujer	Media		1,56908	,002636
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,56390	
			Límite superior	1,57425	
		Desv. típ.		,069389	
IMC (kg/m ²)	Varón	Media		20,7696	,13803
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	20,4987	
			Límite superior	21,0406	
		Desv. típ.		3,75991	
	Mujer	Media		20,6289	,12987
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	20,3739	
			Límite superior	20,8839	
		Desv. típ.		3,41884	

En cuanto a la distribución según su procedencia de colegios públicos o no públicos (privado-concertado) sería la siguiente (Tabla 5.1-6):

Tabla 5.1-6: Distribución de la muestra según colegio de procedencia.

	Frecuencia	Porcentaje
No público	675	43,3
Público	883	56,7
Total	1558	100,0

Tal y como explicábamos anteriormente, dividimos la muestra global en grupo intervención (GI) y grupo control (GC) de manera aleatoria, obteniendo la siguiente distribución (Tabla 5.1-7):

Tabla 5.1-7: Distribución de la muestra por grupo control y grupo intervención.

	Frecuencia	Porcentaje
GC	754	48,4
GI	804	51,6
Total	1558	100,0

GC, grupo control; GI, grupo intervención.

Nos planteamos en este punto la necesidad de analizar si los grupos intervención y control aleatoriamente dispuestos eran similares sociodemográficamente y antropométricamente al inicio del trabajo. Para ello empleamos la prueba de Mann-Whitney, test no paramétrico, tras la aplicación del cual podemos decir que:

- De los 754 sujetos que componen el grupo control 378 son varones (50,1%) frente a 376 mujeres (49,9%). De los 804 sujetos del grupo intervención 430 son varones (53,5%) y 374 son mujeres (46,5%) (Tabla 5.1-8, Figura 5.1-3).

Tabla 5.1-8: Distribución según variable sexo. Diferencias entre GC y GI.

		GC	GI	Total
Hombre	Recuento	378	430	808
	%	50,1%	53,5%	51,9%
Mujer	Recuento	376	374	750
	%	49,9%	46,5%	48,1%
Total	Recuento	754	804	1558
	%	100,0%	100,0%	100,0%

GC, grupo control; GI, grupo intervención.

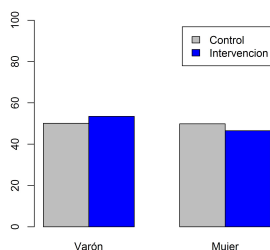


Figura 5.1-3: Distribución según variable sexo. Diferencias entre GC y GI.

No existe diferencia significativa en la diferencia de proporción entre controles e intervenciones en la categoría sexo, calculado mediante el programa Epidat a través de la prueba de comparación de proporciones ($p > 0,05$).

- En el grupo control, 210 sujetos proceden de Santander (27,9% del grupo control), 217 de Santiago (28,8%) y 327 (43,4%) de Zaragoza. En el grupo intervención, 224 proceden de Santander (27,9%), 206 de Santiago (25,6%) y 374 (46,5%) de Zaragoza (Tabla 5.1-9, Figura 5.1-4).

Tabla 5.1-9: Distribución según ciudad de origen. Diferencias entre GC y GI.

			GC	GI	Total
Ciudad	Santander	Recuento	210	224	434
		% dentro de GC/GI	27,9%	27,9%	27,9%
	Santiago	Recuento	217	206	423
		% dentro de GC/GI	28,8%	25,6%	27,2%
	Zaragoza	Recuento	327	374	701
		% dentro de GC/GI	43,4%	46,5%	45,0%
Total	Recuento	754	804	1558	
	% dentro de GC/GI	100,0%	100,0%	100,0%	

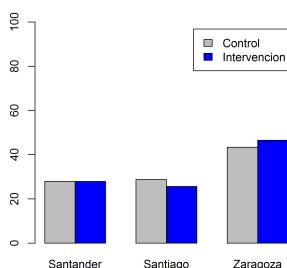


Tabla 5.1-4: Distribución según ciudad de origen en GC y GI.

No existe diferencia significativa entre las proporciones de controles e intervenciones en las categorías ciudad de procedencia, calculado mediante el programa Epidat a través de la prueba de comparación de proporciones ($p > 0,05$).

- La media de edad en el grupo control es de 12,40 años y en el grupo intervención es 12,34. Analizamos la distribución de los miembros de grupo control e intervención según las edades en la siguiente tabla. (Tabla 5.1-10, Figura 5.1-5)

Tabla 5.1-10: Distribución según edad en GC y GI.

			GC	GI	Total
Edad	11	Recuento	1	1	2
		%	,1%	,1%	,1%
	12	Recuento	515	580	1095
		%	68,3%	72,1%	70,3%
	13	Recuento	181	174	355
		%	24,0%	21,6%	22,8%
	14	Recuento	50	49	99
		%	6,6%	6,1%	6,4%
	15	Recuento	7	0	7
		%	,9%	,0%	,4%
Total	Recuento	754	804	1558	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

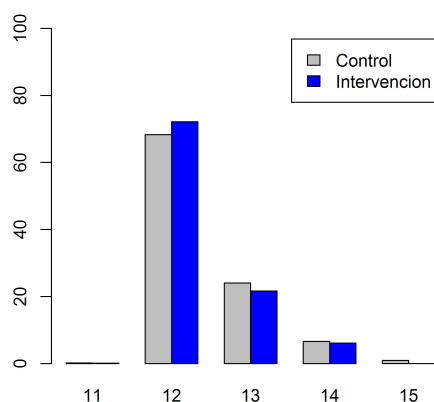


Figura 5.1-5: Distribución según edad (años). Diferencias entre GC y GI.

No existe diferencia significativa en la diferencia de proporción entre controles e intervenciones en las diferentes edades, calculado mediante el programa Epidat a través de la prueba de comparación de proporciones ($p>0.05$).

- 340 sujetos del grupo control proceden de colegios no públicos (45,1%), 414 de colegios públicos (54,9%). En el grupo intervención 335 sujetos proceden de colegios no públicos (41,7%), y 469 de colegios públicos (58,3%) (Tabla 5.1-11, Figura 5.1-6).

Tabla 5.1-11: Distribución según tipo de colegio en GC y GI.

		GC	GI	Total
No público	Recuento	340	335	675
	%	45,1%	41,7%	43,3%
Público	Recuento	414	469	883
	%	54,9%	58,3%	56,7%
Total	Recuento	754	804	1558
	%	100,0%	100,0%	100,0%

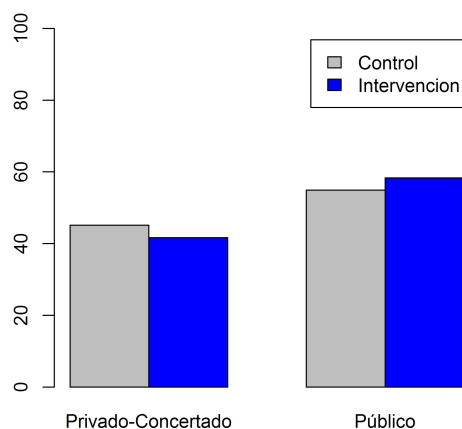


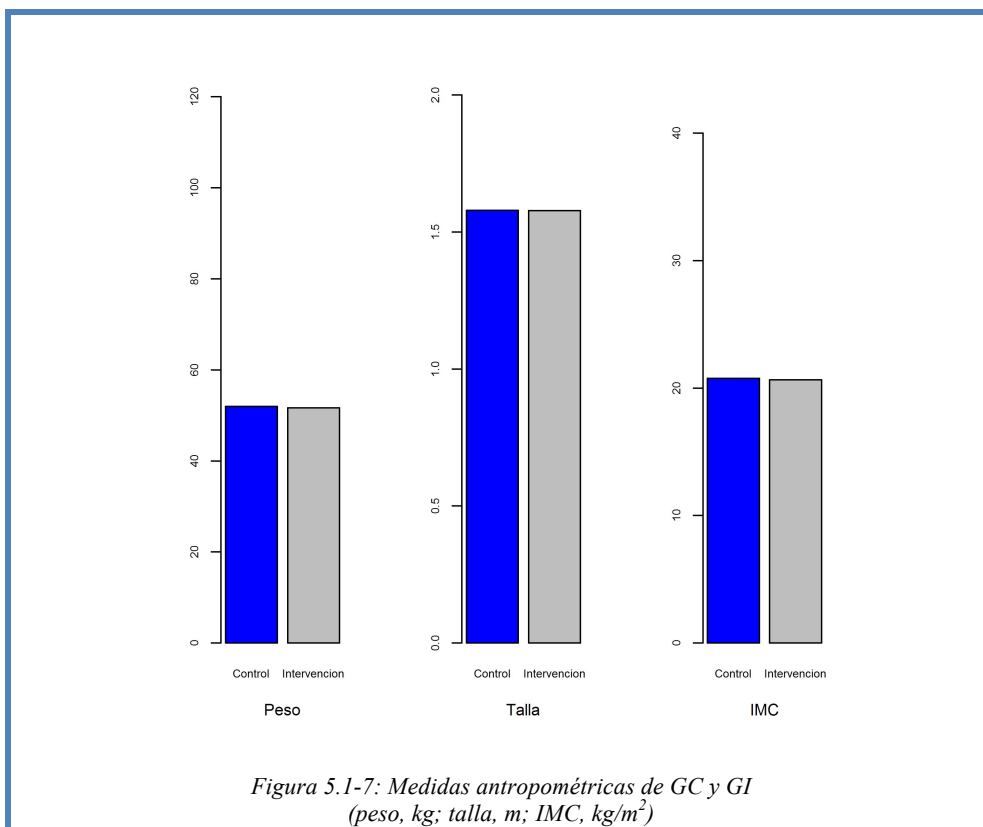
Tabla 5.1-6: Distribución según tipo de colegio en GC y GI.

No existe diferencia significativa en la diferencia de proporción entre controles e intervenciones en las categorías colegio público/no público, calculado mediante el programa Epidat a través de la prueba de comparación de medias ($p>0.05$).

- En cuanto a las medidas antropométricas (Tabla 5.1-12, Figura 5.1-7):

Tabla 5.1-12: Medidas antropométricas de GC y GI.

		N	Media	Desviación típica	Error típ. de la media
Peso (kg)	GC	695	52,01410	11,234868	,426163
	GI	740	51,68161	11,437293	,420443
Talla (m)	GC	695	1,57885	,079772	,003026
	GI	740	1,57744	,082420	,003030
IMC	GC	695	20,7634	3,60749	,13684
	GI	740	20,6437	3,59186	,13204



No existe diferencia significativa en las medias de talla/peso/IMC, calculado a través de la prueba de comparación de proporciones mediante el programa Epidat ($p > 0.05$).

Concluimos así que partimos de un grupo control y un grupo intervención con un perfil sociodemográfico y antropométrico similar (Tabla 5.1-13).

Tabla 5.1-13: Características sociodemográficas y antropométricas de GC y GI.

	GRUPO CONTROL		GRUPO INTERVENCIÓN	
Ciudad	Zaragoza: 43,4% Santander: 27,9% Santiago: 28,8%		Zaragoza: 46,5% Santander: 27,9% Santiago: 25,6%	
Sexo	Mujeres: 49,9%	Varones: 50,1%	Mujeres: 46,5%	Varones: 53,5%
Edad media	12,40 años		12,34 años	
Talla media	1,57m		1,57m	
Peso medio	52,01kg		51,68kg	
IMC medio	20,76kg/m ²		20,64kg/m ²	

5.2 PÉRDIDAS

Como ya explicábamos, los participantes cumplimentaron el cuestionario de conocimientos en nutrición, EAT-26, SCP y EDI al comienzo de la intervención (lo que llamaremos “preintervención”, en 2007) y de nuevo 5 semanas después, inmediatamente tras la aplicación del taller (“postintervención”). Un año después (en el “seguimiento”, ya en 2008) repitieron el EAT-26.

Surgieron aquí dos dificultades: en primer lugar, encontramos participantes que tras cumplimentar el cuestionario preintervención no cumplimentaron el postintervención (por rechazo, cambio de centro, absentismo, enfermedad...), ocurriendo lo mismo con el EAT del seguimiento (participantes que habían cumplimentado los dos anteriores o tan sólo el previo a la intervención, no rellenaron el cuestionario al año por razones similares).

Por otro lado, a la hora de registrar los datos nos encontramos con que, a pesar del esfuerzo invertido por los miembros del equipo al acudir a los colegios y tratar de asegurar la correcta cumplimentación de todos los cuestionarios, parte de ellos no estaban cumplimentados en su totalidad, por lo que, en algunos casos, para un mismo participante hallamos tests completamente cumplimentados junto a algún/os otro/s en blanco.

Consideramos importante hacer un balance de las pérdidas surgidas de un modo u otro.

Para ello analizamos en primer lugar las pérdidas globales, esto es, participantes que no cumplimentaron ninguno de los tests postintervención. Tratando de minimizar estas pérdidas, se facilitaron algunos cuestionarios a los colegios solicitándoles que, en caso de localizar a los niños no presentes en el aula en la fecha acordada para la quinta sesión, les administrarían el cuestionario de manera diferida. A pesar de ello, fueron en total 100 de los 1558 iniciales los cuestionarios postintervención perdidos, un 6'4%. De los 754 sujetos del grupo control fueron 57 (7'6%) los que no cumplimentaron ningún cuestionario postintervención. En el grupo intervención fueron 43 (5'3%) los sujetos perdidos postintervención. El test de comparación de diferencias nos dice que no es una diferencia de pérdidas significativa ($p=0'0660$) entre un grupo y otro.

Analizando además las pérdidas de cada Test postintervención encontramos las siguientes:

- cuestionario nutrición: de los 1558 participantes iniciales, 100 (6'4% de la muestra) se abstuvieron de contestar los ítems correspondientes a este cuestionario. De ellos, 43 (43%) correspondían al grupo intervención y 57 (57%) al control.
- EAT-26: 101 participantes se abstuvieron de cumplimentarlo (6'5%). De ellos, 44 (43'6%) correspondían al grupo intervención y 57 (56'4%) al control.
- ESC: 116 participantes se abstuvieron de cumplimentarlo (7'4%). De ellos, 47 (40'5%) correspondían al grupo intervención y 69 (59'5%) al control.
- EDI: 121 participantes se abstuvieron de cumplimentarlo (7'8%). De ellos, 51 (42'1%) correspondían al grupo intervención y 70 (57'9%) al control.

Aplicando el test de diferencia de porcentajes para comparar la diferencia de pérdidas de cuestionarios postintervención entre grupo intervención y control encontramos que no existe diferencia significativa en los porcentajes de pérdidas de los cuestionarios de nutrición ($p=0,0936$) ni en el EAT ($p=0,1166$), pero sí en el SCP ($p=0,0170$) y en el EDI ($p=0,0382$).

En cuanto al EAT-26 entregado al año, fueron 160 de los 1558 participantes iniciales (7'8%) los que no lo cumplimentaron. De ellos, 57 (35'6%) correspondían al grupo intervención y 103 (64'4%) al control. Sí hay una diferencia significativa entre las pérdidas del grupo control y las del grupo intervención ($p<0,005$).

Analizamos a continuación cuáles fueron las pérdidas en el seguimiento para cada ciudad participante (Tabla 5.2-1):

1. En Santander el porcentaje de pérdidas al año de la intervención en el grupo control es de 15,2% y en el grupo intervención es de 8,9%. Aplicando el test de diferencia de proporciones (programa Epidat) encontramos que no se trata de una diferencia de pérdidas estadísticamente significativa ($p= 0,0608$).
2. En Santiago de Compostela el porcentaje de pérdidas al año de la intervención en el grupo control es de 15,6% y en el grupo intervención es de 6,7%. Aplicando el test de diferencia de proporciones (programa Epidat) encontramos que se trata de una diferencia de pérdidas estadísticamente significativa ($p= 0,0065$).
3. En Zaragoza el porcentaje de pérdidas al año de la intervención en el grupo control es de 11,3% y en el grupo intervención es de 6,1%. Aplicando el test de diferencia de proporciones (programa Epidat) encontramos que se trata de una diferencia de pérdidas estadísticamente significativa ($p= 0,021$).

Tabla 5.2-1: Distribución por ciudades de las pérdidas de EAT en el seguimiento en GC y GI.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	Contestados	Recuento	178	204	382
		%	84,8%	91,1%	88,0%
	Pérdidas	Recuento	32	20	52
		%	15,2%	8,9%	12,0%
	Total	Recuento	210	224	434
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	Contestados	Recuento	183	192	375
		%	84,3%	93,2%	88,7%
	Pérdidas	Recuento	34	14	48
		%	15,7%	6,8%	11,3%
	Total	Recuento	217	206	423
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	Contestados	Recuento	290	351	641
		%	88,7%	93,9%	91,4%
	Pérdidas	Recuento	37	23	60
		%	11,3%	6,1%	8,6%
	Total	Recuento	327	374	701
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Contestados	Recuento	651	747	1398
		%	86,3%	92,9%	89,7%
	Pérdidas	Recuento	103	57	160
		%	13,7%	7,1%	10,3%
	Total	Recuento	754	804	1558
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Por otro lado, a la hora de introducir los datos recogidos en las bases de datos se halló una nueva dificultad: pese al esmero del equipo interventor en comprobar la correcta cumplimentación de los cuestionarios por los participantes encontramos que, en algunos casos, no eran cuestionarios completos sino ítems aislados de los tests los que no habían sido contestados. Tras barajar posibles alternativas estadísticas que permitieran la resolución de esta complicación (sin tener que prescindir de ellos pero sin tampoco sesgar los resultados) optamos por la imputación de los datos (Carracedo-Martínez, Figueiras, 2006; Fairclough, 1996).

Así, las medidas empleadas para “resolver” los “ítems en blanco” de cada cuestionario fueron las siguientes:

- Cuestionario de nutrición: en este caso, los ítems en blanco fueron considerados respuestas erróneas o desconocidas por el participante. Damos una puntuación de 0 a cada ítem en blanco de este test.
- EAT-26 y EDI: Puesto que se trata de tests compuestos por diferentes subescalas, aprovechamos este aspecto para una mayor fidelidad de nuestra corrección. Cada ítem en blanco de este test fue sustituido por

la media de las respuestas, de ese mismo participante, de los ítems con los que hubiera correlación de esa subescala.

- SCP: En el caso de este test no encontramos subescalas, sino la división de los ítems en dos factores (del 1 al 5 y del 6 al 8). Aprovechamos esta característica para sustituir cada ítem en blanco del test por la media de las respuestas de ese participante en los ítems con los que hubiera correlación de ese factor.

5.3 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO INICIAL; EVALUACIÓN ESTÁNDAR

Necesitamos conocer cuál es la situación clínica inicial (preintervención) de la muestra como punto de partida desde el que estudiaremos la evolución de los datos recogidos. Para ello llevamos a cabo el estudio en dos fases ya comentado: en primer lugar identificamos la población con riesgo (primera fase) y a continuación la prevalencia de enfermedad entre los participantes (segunda fase).

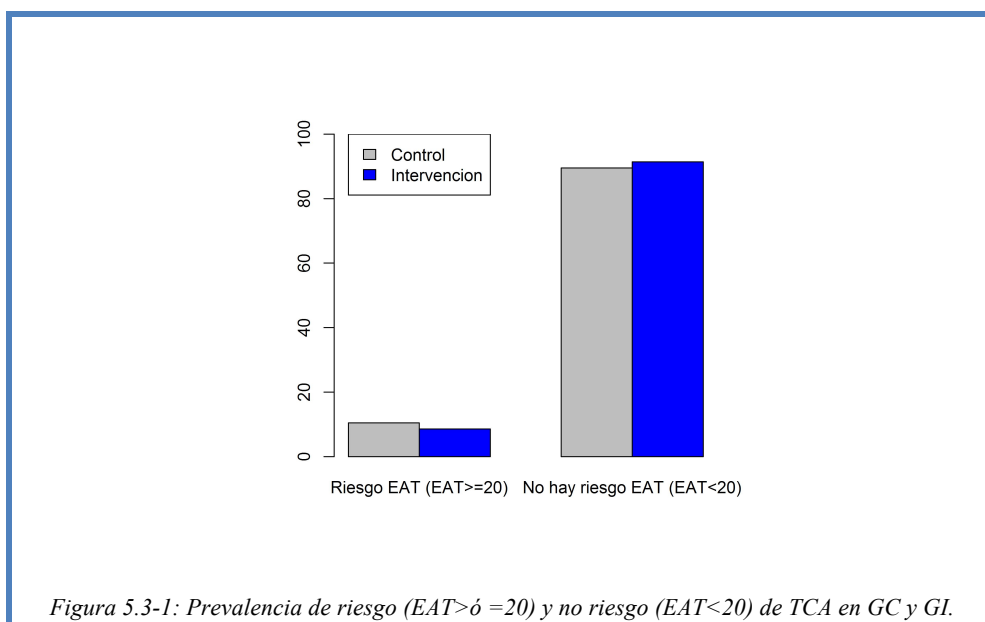
Así, comenzamos analizando los resultados de los cuestionarios cumplimentados previamente al taller, esto es, vamos a llevar a cabo la evaluación estándar preintervención.

1ª FASE EN ESTUDIO PREINTERVENCIÓN, 2007:

En 2007, a través del EAT-26 administrado preintervención, hallamos un total de 148 casos con riesgo (sujetos con puntuación EAT-26>20) en toda la muestra (esto es, un 9,5%; IC 95% 8,011%-10,987%). 79 de ellos pertenecen al grupo control (un 10,5% de los 754 participantes del grupo control; IC 95% 8,225%-12,730%) y 69 al grupo intervención (8,6% de los 804 participantes del grupo intervención; IC 95% 6,584%-10,580%) (Tabla 5.3-1, Figura 5.3.1). Existe diferencia en las proporciones de casos con riesgo entre grupo intervención y control pero NO es una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,2346$). Podemos decir así que los grupos control e intervención son clínicamente similares respecto al riesgo de TCA al inicio del estudio.

Tabla 5.3-1: Prevalencia de riesgo ($EAT \geq 20$) y no riesgo ($EAT < 20$) de TCA en GC y GI.

		GC	GI	Total
No hay riesgo EAT ($EAT < 20$)	Recuento	675	735	1410
	%	89,5%	91,4%	90,5%
Riesgo EAT ($EAT \geq 20$)	Recuento	79	69	148
	%	10,5%	8,6%	9,5%
Total	Recuento	754	804	1558
	%	100,0%	100,0%	100,0%



Comprobamos también las puntuaciones medias del EAT-26 en un grupo y en otro: la puntuación media en el EAT-26 previo a la intervención para el grupo control es 9,16, en el intervención es de 8,33 (Tabla 5.3.2). Se trata de resultados entre los que no existe una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$), partimos pues de puntuaciones similares en un inicio.

Tabla 5.3-2: Puntuaciones medias EAT de GC y GI en preintervención.

	GC/GI	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PRE	GC	9,1618	8,78550	,31995
	GI	8,3371	7,81285	,27554

Tratando de afinar un poco más, aprovechamos para calcular la prevalencia del riesgo atendiendo a la ciudad de origen de los participantes (Tabla 5.3-3):

- En Santander de los 434 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 11% (IC 95% 6,490%-15,414%) tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control y un 6,7% (IC 95% 3,200%-10,193%) en el grupo intervención.
- En Santiago de los 423 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 11,5% (IC 95% 7,042%-15,999%) tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control y un 10,7% (IC 95% 6,219%-15,104%) en el grupo intervención.

- En Zaragoza de los 701 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 9,5% (IC 95% 6,152%-12,808%) tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control y un 8,6% (IC 95% 5,588%-11,525%) en el grupo intervención.

Se trata de prevalencias sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control e intervención de cada ciudad ($p > 0,05$ en todas ellas) en el momento del inicio del estudio.

Tabla 5.3-3: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa preintervención.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	No riesgo	Recuento	187	209	396
		%	89,0%	93,3%	91,2%
	Riesgo	Recuento	23	15	38
		%	11,0%	6,7%	8,8%
	Total	Recuento	210	224	434
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	No riesgo	Recuento	192	184	376
		%	88,5%	89,3%	88,9%
	Riesgo	Recuento	25	22	47
		%	11,5%	10,7%	11,1%
	Total	Recuento	217	206	423
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	No riesgo	Recuento	296	342	638
		%	90,5%	91,4%	91,0%
	Riesgo	Recuento	31	32	63
		%	9,5%	8,6%	9,0%
	Total	Recuento	327	374	701
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	675	735	1410
		%	89,5%	91,4%	90,5%
	Riesgo	Recuento	79	69	148
		%	10,5%	8,6%	9,5%
	Total	Recuento	754	804	1558
		%	100,0%	100,0%	100,0%

De los 63 varones con puntuaciones “con riesgo” 28 proceden de Zaragoza (44%), 18 de Santiago (18%) y 17 de Santander (27%). De las 85 mujeres con puntuaciones “con riesgo” 35 proceden de Zaragoza (41,2%), 29 de Santiago (34,1%) y 21 de Santander (24,7%).

Si estudiamos la prevalencia atendiendo al sexo de los participantes hallamos: en total 85 chicas con puntuación > 20 en el EAT-26 (11,3% de las 750 mujeres; IC 95% 8,998%-13,669%) y 63 chicos (7,8% de los 808 varones; IC 95% 5,886%-9,708%). Esta diferencia de porcentajes en la prevalencia de riesgo de TCA entre varones y mujeres es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

De los 378 varones pertenecientes al grupo control 32 tienen puntuaciones con riesgo (un 8,5% de los varones del grupo control), y de los 430 pertenecientes al grupo intervención 31 puntúan con riesgo (un 7,2% de los varones del grupo intervención). De las 376 mujeres pertenecientes al grupo control 47 tienen puntuaciones con riesgo (12,5% de las mujeres del grupo control) y de las 374 pertenecientes al grupo intervención 38 puntúan con riesgo (10,2% de las mujeres del grupo intervención) (Tabla 5.3-4). Aplicando nuevamente el test de comparación de proporciones podemos decir que tampoco hay diferencias estadísticamente significativas de partida entre los porcentajes de sujetos con riesgo de los grupos control e intervención ni en varones ni en mujeres ($p>0,05$).

Tabla 5.3-4: Prevalencia de riesgo de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Preintervención.

		Riesgo	No riesgo	Total
GC	Varones	32 (8,5%)	346 (91,5%)	378 (100%)
	Mujeres	47 (12,5%)	329 (87,5%)	376 (100%)
GI	Varones	31 (7,2%)	399 (92,8%)	430 (100%)
	Mujeres	38 (10,2%)	336 (89,8%)	374 (100%)
Total		148 (9,5%)	1410 (90,5%)	1558 (100%)

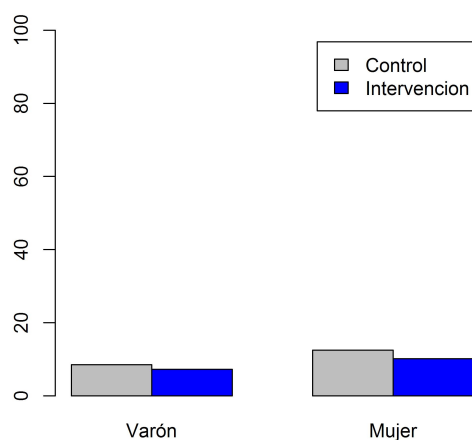


Figura 5.3-2: Prevalencia de riesgo de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Preintervención.

Llegados a este punto nos detendremos para contrastar con nuestros resultados la primera de las hipótesis planteadas:

I. Se espera hallar una población con riesgo de TCA (con puntuación en el cuestionario autocumplimentado de criba EAT-26 superior o igual al punto de corte de 20) entre un 4% y un 12%.

La población con riesgo hallada, esto es, la prevalencia del riesgo de padecer un TCA en la muestra estudiada es de un 9,5% (IC 95% 8,011%-10,987%). Está dentro del rango planteado en nuestra hipótesis.

La tasa de prevalencia de riesgo calculada para varones es de 7,8% (IC 95% 5,886%-9,708%) y para mujeres de 11,3% (IC 95% 8,998%-13,669%).

2ª FASE EN ESTUDIO PREINTERVENCIÓN, 2007:

Buscamos ahora la prevalencia de los trastornos al inicio de nuestro trabajo: de los 1558 participantes iniciales, 368 accedieron a ser entrevistados (fueron seleccionados por tener puntuaciones en el EAT-26 iguales a 0, ó a 1, ó a 20, ó mayores de 20). De ellos, 13 cumplían criterios de TCA tras su evaluación clínica mediante entrevista por psiquiatra o psicólogo clínico experto en el tema. Se trata de un 0,8% de la muestra inicial (IC 95% 0,351%-1,318%).

Un 92,3% son mujeres (12 casos); un 7,7% son varones (1 caso). La prevalencia del riesgo en varones es de un 0,1% (IC 95% 0,003%-0,688%), y en mujeres es del 1,6% (IC 95% 0,635%-2,565%) (Tabla 5.3-5).

Tabla 5.3-5: Prevalencia de TCA atendiendo al sexo. Etapa preintervención.

	Número de casos	Prevalencia %	IC 95%
MUJER	12/750	1,6%	0,635%-2,565%
VARÓN	1/808	0,1%	0,003%-0,688%

Si analizamos por ciudades (Tabla 5.3-6):

Tabla 5.3-6: Prevalencia de TCA según ciudad de origen. Etapa preintervención.

	Número de casos	Prevalencia %	IC 95%
ZARAGOZA	5/701	0,7%	0,232%-1,657%
SANTIAGO	7/423	1,6%	0,321%-2,989%
SANTANDER	1/434	0,2%	0,006%-1,277%

Un 38,5% de los casos procede de Zaragoza (5 casos), un 53,8% de Santiago (7 casos) y un 7,7% (1 caso) de Santander. Detallando un poco más:

- En Zaragoza un total de 164 alumnos (de los 167 seleccionados) accedieron a la evaluación clínica mediante entrevista: 63 sujetos habían sido clasificados “con riesgo” y 101 sujetos “sin riesgo” (con puntuaciones en EAT= 0 ó 1). Mediante SCAN se identificaron un total de 5 casos de Trastornos de conducta alimentaria no especificado (TCANE, F50.9 según CIE-10), atípico o subclínico, esto es, una prevalencia en la muestra zaragozana de 0,7% (IC 95% 0,232%-1,657%). Todos ellos eran mujeres. (Tabla 5.3-7)

Tabla 5.3-7: N° de casos de TCA preintervención en Zaragoza diagnosticados tras entrevista. Clasificación según riesgo/no riesgo previo.

ZARAGOZA 164 entrevistas	63 con riesgo	5 TCANEs
	101 sin riesgo	Ningún diagnóstico

- En Santiago de Compostela se entrevistó a un total de 109 alumnos (42 entrevistas con riesgo y 67 sin riesgo): 7 fueron diagnosticados de TCANE, por lo que calculamos una prevalencia de TCA en la muestra compostelana del 1,7% (IC 95% 0,321%-2,989%). Seis eran mujeres, el séptimo un varón. (Tabla 5.3-8)

Tabla 5.3-8: N° casos de TCA preintervención en Santiago diagnosticados tras entrevista. Clasificación según riesgo-no riesgo previo.

S. DE COMPOSTELA 109 entrevistas	42 con riesgo:	7 TCANEs
	67 sin riesgo:	Ningún diagnóstico

- En Santander, de 95 entrevistas (36 con riesgo y 59 sin riesgo) se encontró un único caso de TCANE (la prevalencia en la muestra santanderina es del 0,2%, con IC 95% 0,006%-1,277%) una mujer. (Tabla 5.3-9)

Tabla 5.3-9: N° casos TCA preintervención en Santander diagnosticados tras entrevista. Clasificación según riesgo-no riesgo previo.

SANTANDER 95 entrevistas	36 con riesgo:	1 TCANE
	59 sin riesgo:	Ningún diagnóstico

Nos detenemos de nuevo ahora para contrastar con los resultados la segunda de nuestras hipótesis:

II. Se espera encontrar que entre las adolescentes de 1º de la ESO de las tres ciudades estudiadas la tasa de prevalencia de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) esté en un intervalo entre un 1% y un 5%, con predominio de los TCA no especificados o atípicos (F50.1, F50.3, F50.9).

La prevalencia puntual de TCA hallada entre esta muestra poblacional de adolescentes tempranos varones y mujeres de diferentes comunidades autónomas es de 13/1558, el 0,8% de TCANE, atípicos o subclínicos, 13 casos que cumplen los criterios diagnósticos de un F50.9 según CIE-10 (IC 95% 0,351%-1,318%).

La prevalencia de TCAs en el sexo femenino, excluyendo los varones de la muestra, es de un 1,6% (IC 95% 0,635%-2,565%), está dentro del rango esperado. También la prevalencia hallada en varones (0,1%; IC 95% 0,003%-0,688%) coincidiría con las tasas halladas por otros autores para este sexo.

Todos los casos diagnosticados cumplían criterios de TCANE (F50.9).

Todos los casos detectados se encontraron entre la población con riesgo (con un EAT-26 con alta puntuación, superior o igual al punto de corte de 20), ningún caso se detectó entre los alumnos con puntuaciones de 0 ó 1 en el EAT-26.

La prevalencia de diagnósticos en el grupo intervención era de 0,6% (IC 95% 0,202%-1,445%) y en el grupo control 1,06% (IC 95% 0,263%-1,859%).

Tratando de discernir también en relación al sexo, observamos que el único varón diagnosticado pertenece al grupo control (prevalencia de 0,265% con IC 0,007%-1,465% en varones de grupo control frente a una prevalencia del 0,0% con IC 95% 0,0%-0,854% en los varones de intervención). En cuanto a las mujeres 7 pertenecían al grupo control (prevalencia de 1,86% con IC 95% 0,362%-3,361% en grupo control) y 5 al intervención (prevalencia de 1,33% con IC 95% 0,435%-3,092% en grupo intervención). (Tabla 5.3-10)

Tabla 5.3-10: Prevalencia de TCA según sexo en GC y GI. Preintervención.

	TCA	No TCA	Total
GC Varones	1 (0,265%)	377 (99,735%)	378 (100%)
Mujeres	7 (1,86%)	369 (98,14%)	376 (100%)
GI Varones	0 (0,0%)	430 (100%)	430 (100%)
mujeres	5 (1,33%)	369 (98,77%)	374 (100%)
Total	13 (0,8%)	1545 (99,2%)	1558 (100%)

En base a estos datos, y aplicando el test de comparación de proporciones mediante el programa Epidat, determinamos que al inicio de

nuestro trabajo la diferencia de porcentajes de diagnósticos de TCA entre grupo control e intervención no era estadísticamente significativa ($p>0,05$). Tampoco las diferencias de porcentajes entre diagnósticos en grupo control y grupo intervención atendiendo al sexo eran significativas ($p>0,05$). Por tanto, podemos decir que partimos de dos grupos clínicamente similares.

5.4 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL TALLER

Para poder evaluar la eficacia del taller, principal objetivo de nuestro trabajo, deberemos comparar nuestros hallazgos al inicio del programa (en cuanto a la tasa del riesgo y de los diagnósticos) con un nuevo análisis de los datos recogidos tras la aplicación del taller y de nuevo en el seguimiento. De esta manera podremos estudiar la evolución del riesgo de TCA desde un inicio, así como la incidencia del diagnóstico. Analizaremos también los cambios obtenidos en conocimientos, creencias y conductas relacionadas con los trastornos alimentarios basándonos en los cuestionarios autoadministrados y comprobaremos si todos estos cambios son esporádicos o se mantienen en el tiempo.

Por último, estudiaremos la influencia del hecho de tratarse o no de un sujeto con riesgo en la mayor o menor eficacia del programa preventivo.

5.4.1 EVOLUCIÓN DEL RIESGO DE TCA:

a) RIESGO POSTINTERVENCIÓN: En la medición inmediatamente posterior a la intervención contamos con 1457 sujetos que completaron el cuestionario EAT-26. 110 son clasificados “con riesgo” (7,5% del total de la muestra). 62 de los 697 correspondientes al grupo control (8,9% del grupo control, IC 6,710%-11,080%) fueron clasificados “con riesgo” según el EAT-26. 48 de los 760 correspondientes al grupo intervención (6,3% del grupo intervención, IC 4,521%-8,111%) son clasificados “con riesgo”. Se trata de una diferencia de proporciones de sujetos con riesgo entre grupo intervención y control que no es estadísticamente significativa ($p=0,078$) (Tabla 5.4.1-1, Figura 5.4.1-1).

Tabla 5.4.1-1: Prevalencia de riesgo de TCA postintervención en GC y GI.

		GC	GI	Total
No hay riesgo EAT (EAT<20)	Recuento	635	712	1347
	%	91,1%	93,7%	92,5%
Riesgo EAT (EAT≥20)	Recuento	62	48	110
	%	8,9%	6,3%	7,5%
Total	Recuento	697	760	1457
	%	100,0%	100,0%	100,0%

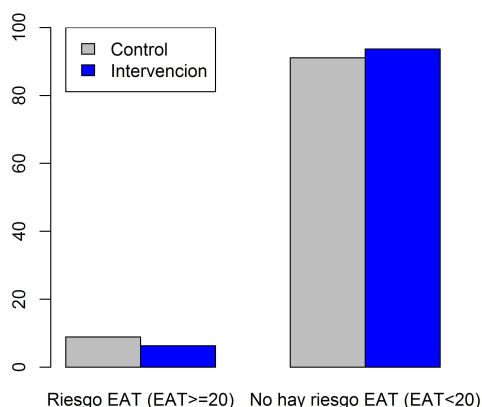


Figura 5.4.1-1: Prevalencia de riesgo de TCA postintervención en GC y GI.

Analizamos ahora los cambios en los porcentajes para grupo control y grupo intervención a lo largo del tiempo. Decíamos que en el grupo control el porcentaje de participantes con riesgo calculados a través del EAT-26 tras la intervención (postintervención), es de 8,9%. Preintervención era de un 10,5%. Este descenso en los porcentajes de riesgo (de un 1,9%) no es estadísticamente significativo ($p=0,3535$).

En el grupo intervención decíamos que el porcentaje de participantes con riesgo tras la intervención (postintervención) es de 6,3%. Preintervención era de un 8,6%. Este descenso (de un 2,3%), aunque con un p valor inferior, tampoco es estadísticamente significativo ($p=0,1081$).

Sin embargo, la puntuación media en el EAT-26 postintervención para el grupo control es 8,13, en el intervención es 6,78, aquí sí hallamos una puntuación menor para el grupo intervención de una manera estadísticamente significativa ($p=0,002$). (Tabla 5.4.1-2)

Tabla 5.4.1-2: Puntuaciones medias EAT de GC y GI en postintervención.

	GC/GI	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
POST	GC	8,1306	8,50939	0,32232
	GI	6,7882	7,90748	0,28683

III. Inmediatamente tras la administración del taller se espera obtener un porcentaje de sujetos con riesgo de TCA significativamente menor en el grupo intervención que en el grupo control (medido a través de EAT-26).

Inmediatamente tras la administración del taller no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA del grupo control y el grupo intervención.

En el grupo intervención hallamos un descenso postintervención en el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA del 2,3% respecto a la evaluación preintervención, no es un descenso estadísticamente significativo. En el grupo control el descenso es del 1,9%, tampoco es estadísticamente significativo.

Tras el taller, la puntuación media del cuestionario EAT-26 en el grupo intervención (6,78) sí es significativamente menor que la del grupo control (8,13) ($p=0,002$).

b) RIESGO EN EL SEGUIMIENTO: En 2008 cumplimentan el EAT-26 1398 participantes. Puntúan con riesgo un total de 80. De ellos, 42 pertenecen al grupo control (6,5% de los 651 participantes control, IC 4,488%-8,416%) y 38 al intervención (5,1% de los 747 participantes intervención, IC 3,444%-6,733%) (Tabla 5.4.1-3, Figura 5.4.1-2). Aquí la diferencia de proporciones de sujetos con riesgo (1,4%) entre grupo control e intervención tampoco es estadísticamente significativa ($p=0,3269$).

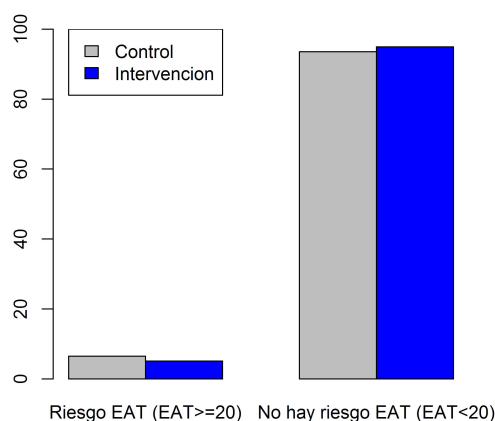


Figura 5.4.1-2: Prevalencia de riesgo de TCA en el seguimiento en GC y GI.

Tabla 5.4.1-3: Prevalencia de riesgo de TCA en el seguimiento en GC y GI.

		GC	GI	Total
No hay riesgo EAT (EAT<20)	Recuento	609	709	1318
	%	93,5%	94,9%	94,3%
Riesgo EAT (EAT>=20)	Recuento	42	38	80
	%	6,5%	5,1%	5,7%
Total	Recuento	651	747	1398
	%	100,0%	100,0%	100,0%

En el grupo control, los porcentajes de sujetos con puntuaciones con riesgo habrían descendido un 4% respecto a las mediciones previas a la intervención (de 10,5% a 6,5%), y un 2,4% respecto a las mediciones postintervención (de 8,9% a 6,5%). En el grupo intervención, los porcentajes en el seguimiento habrían descendido un 3,5% respecto a las mediciones previas a la intervención (de 8,6% a 5,1%) y un 1,2% respecto a las mediciones postintervención (de 6,3% a 5,1%) (Tabla 5.4.1-4).

Tabla 5.4.1-4: Evolución de la prevalencia del riesgo de TCA a lo largo del estudio en GC y GI.

	PREINTERVENCIÓN	POSTINTERVENCIÓN	SEGUIMIENTO
GC	10,5%	8,9%	6,5%
GI	8,6%	6,3%	5,1%

Estas diferencias de porcentajes preintervención-seguimiento son estadísticamente significativas tanto para el grupo intervención ($p=0,009$) como para el grupo control ($p=0,0097$).

En cuanto a la puntuación media en el EAT-26 para el grupo control es 6,94, en el intervención es de 5,99 (Tabla 5.4.1-5). Se trata de una puntuación menor para el grupo intervención de una manera estadísticamente significativa ($p=0,019$).

Tabla 5.4.1-5: Puntuaciones medias EAT de GC y GI en el seguimiento.

	GC/GI	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SEG	GC	6,9493	8,26106	0,32378
	GI	5,9933	6,78598	0,24829

IV. Se espera hallar que el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención continúa siendo significativamente menor que en el grupo control a los 12 meses.

Los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA en grupo control (6,5%) y grupo intervención (5,1%) en el seguimiento son estadísticamente similares.

El porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención desciende un 3,5% entre la evaluación previa al programa y la evaluación al año. Este descenso del riesgo es estadísticamente significativo.

En el grupo control también encontramos un descenso estadísticamente significativo entre la evaluación preintervención y la evaluación en el seguimiento.

En el total de la muestra, encontramos significativa la diferencia entre la puntuación del EAT-26 de un grupo y otro al año de la intervención (el grupo intervención consigue una puntuación media en el EAT-26 significativamente menor que el grupo control al año del taller: 6,94 en grupo control frente a 5,99 en el grupo intervención; $p=0,019$).

5.4.2 EVOLUCIÓN DEL RIESGO EN CADA CIUDAD.

Puesto que se trata de un programa multicéntrico, interesa analizar la eficacia del programa en cada una de las ciudades participantes.

Vamos en primer lugar a recordar las prevalencias del riesgo preintervención en cada ciudad (Tabla 5.4.2-1, Figura 5.4.2-1):

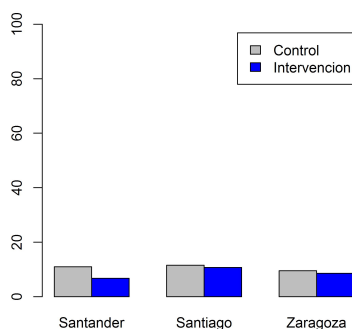


Figura 5.4.2-1: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa preintervención.

Tabla 5.4.2-1: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa preintervención.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	No riesgo	Recuento	187	209	396
		%	89,0%	93,3%	91,2%
	Riesgo	Recuento	23	15	38
		%	11,0%	6,7%	8,8%
	Total	Recuento	210	224	434
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	No riesgo	Recuento	192	184	376
		%	88,5%	89,3%	88,9%
	Riesgo	Recuento	25	22	47
		%	11,5%	10,7%	11,1%
	Total	Recuento	217	206	423
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	No riesgo	Recuento	296	342	638
		%	90,5%	91,4%	91,0%
	Riesgo	Recuento	31	32	63
		%	9,5%	8,6%	9,0%
	Total	Recuento	327	374	701
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	675	735	1410
		%	89,5%	91,4%	90,5%
	Riesgo	Recuento	79	69	148
		%	10,5%	8,6%	9,5%
	Total	Recuento	754	804	1558
		%	100,0%	100,0%	100,0%

- En Santander, de los 434 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 11% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 6,490%-15,414%) y un 6,7% en el grupo intervención (IC 6,696%-10,193%).
- En Santiago, de los 423 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 11,5% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 7,042%-15,999%) y un 10,7% en el grupo intervención (IC 6,219%-15,140%).
- En Zaragoza, de los 701 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 9,5% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 6,152%-12,808%) y un 8,6% en el grupo intervención (IC 5,588%-11,525%).

En ninguna de las provincias había diferencias significativas de partida entre los porcentajes de sujeto con riesgo de los grupos control/intervención ($p>0,05$ en todas ellas).

Calculamos a continuación las prevalencias del riesgo en los grupos control e intervención de cada ciudad en la etapa postintervención (Tabla 5.4.2-2, Figura 5.4.2-2):

Tabla 5.4.2-2: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa postintervención.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	No riesgo	Recuento	180	202	382
		%	92,8%	94,8%	93,9%
	Riesgo	Recuento	14	11	25
		%	7,2%	5,2%	6,1%
	Total	Recuento	194	213	407
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	No riesgo	Recuento	190	180	370
		%	91,3%	91,4%	91,4%
	Riesgo	Recuento	18	17	35
		%	8,7%	8,6%	8,6%
	Total	Recuento	208	197	405
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	No riesgo	Recuento	265	330	595
		%	89,8%	94,3%	92,2%
	Riesgo	Recuento	30	20	50
		%	10,2%	5,7%	7,8%
	Total	Recuento	295	350	645
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	635	712	1347
		%	91,1%	93,7%	92,5%
	Riesgo	Recuento	62	48	110
		%	8,9%	6,3%	7,5%
	Total	Recuento	697	760	1457
		%	100,0%	100,0%	100,0%

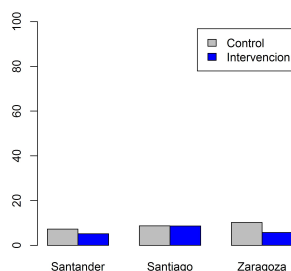


Figura 5.4.2-2: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa postintervención.

- En Santander, de los 407 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 7,2% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC

3,318%-11,115%) y un 5,2% en el grupo intervención (IC 1,958%-8,371%).

- En Santiago, de los 405 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 8,7% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 4,593%-12,715%) y un 8,6% en el grupo intervención (IC 4,455%-12,804%).
- En Zaragoza, de los 645 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 10,2% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 6,551%-13,778%) y un 5,7% en el grupo intervención (IC 3,140%-8,289%).

Al analizar la similitud de las prevalencias entre los grupos control e intervención de cada ciudad vemos que las diferencias no son significativas ($p>0,005$), aunque en Zaragoza, en este caso, está muy próxima a serlo ($p=0,05$).

Seguimos calculando prevalencias de los grupos control e intervención de cada ciudad al año de seguimiento (Tabla 5.4.2-3, Figura 5.4.2-3):

Tabla 5.4.2-3: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa seguimiento.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	No riesgo	Recuento	164	199	363
		%	92,1%	97,5%	95,0%
	Riesgo	Recuento	14	5	19
		%	7,9%	2,5%	5,0%
	Total	Recuento	178	204	382
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	No riesgo	Recuento	175	180	355
		%	95,6%	93,8%	94,7%
	Riesgo	Recuento	8	12	20
		%	4,4%	6,3%	5,3%
	Total	Recuento	183	192	375
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	No riesgo	Recuento	270	330	600
		%	93,1%	94,0%	93,6%
	Riesgo	Recuento	20	21	41
		%	6,9%	6,0%	6,4%
	Total	Recuento	290	351	641
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	609	709	1318
		%	93,5%	94,9%	94,3%
	Riesgo	Recuento	42	38	80
		%	6,5%	5,1%	5,7%
	Total	Recuento	651	747	1398
		%	100,0%	100,0%	100,0%

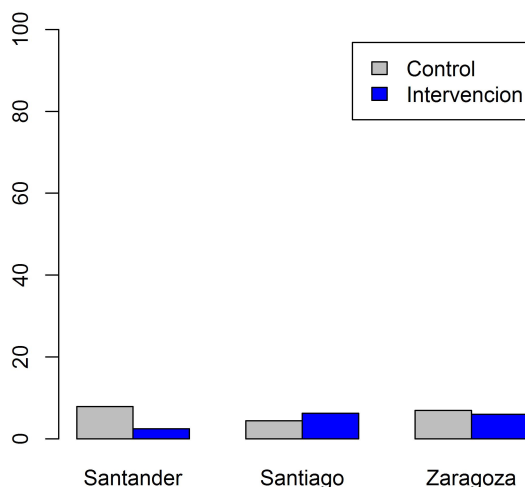


Figura 5.4.2-3: Riesgo de TCA según ciudad. Etapa seguimiento.

- En Santander, de los 382 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 7,9% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 3,630%-12,101%) y un 2,5% en el grupo intervención (IC 0,801%-5,627%).
- En Santiago, de los 423 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 4,4% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 1,136%-7,607%) y un 6,3% en el grupo intervención (IC 2,566%-9,934%).
- En Zaragoza, de los 701 participantes que cumplimentaron el EAT-26 en esta etapa, un 6,9% tenían puntuaciones con riesgo en el grupo control (IC 3,808%-9,985%) y un 6,0% en el grupo intervención (IC 3,359%-8,607%).

De nuevo comparando las prevalencias vemos que, en este caso, la diferencia de prevalencias entre el grupo control y el grupo intervención lograda en la ciudad Santander ($p=0,02$) sí resulta estadísticamente significativa.

Así, a los resultados de nuestra tercera hipótesis podríamos añadir:

IV. Se espera hallar que el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención continúa siendo significativamente menor que en el grupo control a los 12 meses.

Los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA en grupo control (6,5%) y grupo intervención (5,1%) en el seguimiento son estadísticamente similares.

Estudiando la muestra por provincias, en el momento del seguimiento, sí encontramos una diferencia significativa en los porcentajes de sujetos con riesgo de grupo intervención y control en la muestra procedente de Santander (7,9% de sujetos con riesgo en grupo control frente a 2,5% en el grupo intervención).

El porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención desciende un 3,5% entre la evaluación previa al programa y la evaluación al año. Este descenso del riesgo es estadísticamente significativo.

En el grupo control también encontramos un descenso estadísticamente significativo entre la evaluación preintervención y la evaluación en el seguimiento.

En el total de la muestra, encontramos significativa la diferencia entre la puntuación del EAT-26 de un grupo y otro al año de la intervención (el grupo intervención consigue una puntuación media en el EAT-26 significativamente menor que el grupo control al año del taller: 6,94 en grupo control frente a 5,99 en el grupo intervención; $p=0,019$).

Si analizamos la evolución de las prevalencias centrándonos en cada ciudad, los resultados son los siguientes:

- En Santander, en el grupo control, la prevalencia desciende de un 11% en preintervención, a un 7,2% en postintervención, y vuelve a aumentar a un 7,9% en el seguimiento. La diferencia no es significativa para ninguno de estos cambios.

En el grupo intervención, la prevalencia desciende de un 6,7% en intervención, a un 5,2% postintervención a un 2,5% en el seguimiento. Si bien en este grupo el descenso entre la primera y la segunda etapa no resulta significativo, está muy cerca de serlo si vemos el descenso de la prevalencia desde la fase previa a la implantación del taller hasta el año de seguimiento ($p=0,06$).

- En Santiago, en el grupo control la prevalencia desciende de un 11,5% preintervención a un 8,7% postintervención y a un 4,4% en el seguimiento. La diferencia preintervención-seguimiento en este grupo control es estadísticamente significativa ($p=0,01$).

En el grupo intervención la prevalencia desciende de un 10,7% preintervención, a un 8,6% postintervención y a un 6,3% en seguimiento. No se trata de descensos significativos en ninguna de las etapas.

- En Zaragoza, en el grupo control la prevalencia asciende de un 9,5% preintervención a un 10,2% postintervención, descendiendo después a un 6,9% en el seguimiento. Ninguno de estos cambios resulta significativo en el grupo control.

En el grupo intervención la prevalencia desciende de 8,6% en preintervención a 5,7% postintervención y aumenta de nuevo un 6% en seguimiento. Ninguno de estos cambios llega a resultar estadísticamente significativo.

A continuación, en lugar de centrarnos en las prevalencia de cada ciudad, analizaremos la puntuación media del EAT-26 en cada grupo. Las calculadas para los grupos control e intervención de cada ciudad en cada etapa es la siguiente (Tabla 5.4.2-4):

Tabla 5.4.2-4: Puntuación media del EAT-26 por etapas en cada ciudad, para GC y GI.

GC/GI	Ciudad	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Santander	PRE	9,256	,608	8,064	10,448
		POST	7,554	,621	6,335	8,772
		SEG	6,768	,567	5,656	7,879
	Santiago	PRE	9,356	,592	8,195	10,517
		POST	8,571	,605	7,384	9,758
		SEG	6,554	,552	5,471	7,637
	Zaragoza	PRE	8,708	,478	7,770	9,647
		POST	8,303	,489	7,343	9,262
		SEG	7,159	,446	6,283	8,034
GI	Santander	PRE	7,934	,562	6,830	9,037
		POST	6,117	,575	4,989	7,245
		SEG	5,056	,525	4,027	6,085
	Santiago	PRE	8,766	,581	7,627	9,905
		POST	6,984	,594	5,819	8,148
		SEG	6,413	,541	5,351	7,475
	Zaragoza	PRE	7,861	,433	7,012	8,710
		POST	6,637	,443	5,769	7,506
		SEG	6,178	,404	5,386	6,970

T=etapa (PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento).

En la siguiente tabla analizamos las diferencias entre las puntuaciones medias en cada etapa entre el grupo control y el grupo intervención de cada ciudad (Tabla 5.4.2-5):

Tabla 5.4.2-5:

Diferencias entre GC y GI en las puntuaciones medias del EAT para cada ciudad y etapa

Ciudad	T	Diferencia de medias (GC-GI)	Error típ.	p	IC al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
Santander	PRE	1,322	,828	,110	-,302	2,946
	POST	1,436	,846	,090	-,224	3,097
	SEG	1,712*	,772	,027	,197	3,227
Santiago	PRE	,590	,829	,477	-1,037	2,216
	POST	1,587	,848	,061	-,076	3,250
	SEG	,141	,773	,856	-1,376	1,658
Zaragoza	PRE	,847	,645	,189	-,418	2,113
	POST	1,665*	,660	,012	,371	2,959
	SEG	,980	,602	,103	-,200	2,161

T=etapa (PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento)

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Así, atendiendo a las medias en lugar de a la clasificación categórica riesgo/no riesgo encontramos diferencia significativa en la media de las puntuaciones de los grupos control e intervención de Santander en el seguimiento y en Zaragoza en la etapa postintervención (ésta estaba también próxima a resultar significativa al comparar control/intervención en esa etapa).

5.4.3 EVOLUCIÓN DEL RIESGO EN CADA SEXO.

Vamos en primer lugar a recordar la prevalencia de los riesgos atendiendo al sexo en la etapa preintervención (Tabla 5.4.3-1, Figura 5.4.3-2):

Tabla 5.4.3-1: Riesgo de TCA según sexo en GC y GI. Etapa preintervención.

Sexo			GC	GI	Total
Hombre	No riesgo	Recuento	346	399	745
		%	91,5%	92,8%	92,2%
	Riesgo	Recuento	32	31	63
		%	8,5%	7,2%	7,8%
	Total	Recuento	378	430	808
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	No riesgo	Recuento	329	336	665
		%	87,5%	89,8%	88,7%
	Riesgo	Recuento	47	38	85
		%	12,5%	10,2%	11,3%
	Total	Recuento	376	374	750
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	675	735	1410
		%	89,5%	91,4%	90,5%
	Riesgo	Recuento	79	69	148
		%	10,5%	8,6%	9,5%
	Total	Recuento	754	804	1558

%	100,0%	100,0%	100,0%
---	--------	--------	--------

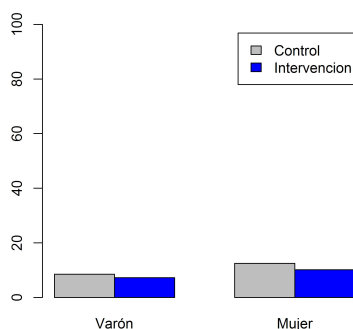


Tabla 5.4.3-1: Riesgo de TCA según sexo en GC y GI. Etapa preintervención.

Ni varones ni mujeres mostraban diferencias de porcentajes significativas de partidas entre los sujetos pertenecientes a los grupos control/intervención ($p>0,05$ en ambos).

A continuación, calculamos las prevalencias de riesgo postintervención atendiendo al sexo. La distribución de los sujetos sería la siguiente (Tabla 5.4.3-2, Figura 5.4.3-2):

Tabla 5.4.3-2: Prevalencia de riesgo de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Postintervención.

Sexo			GC	GI	Total
Hombre	No riesgo	Recuento	329	390	719
		%	94,0%	96,3%	95,2%
	Riesgo	Recuento	21	15	36
		%	6,0%	3,7%	4,8%
	Total	Recuento	350	405	755
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	No riesgo	Recuento	306	322	628
		%	88,2%	90,7%	89,5%
	Riesgo	Recuento	41	33	74
		%	11,8%	9,3%	10,5%
	Total	Recuento	347	355	702
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	635	712	1347
		%	91,1%	93,7%	92,5%
	Riesgo	Recuento	62	48	110
		%	8,9%	6,3%	7,5%
	Total	Recuento	697	760	1457

	%	100,0%	100,0%	100,0%
--	---	--------	--------	--------

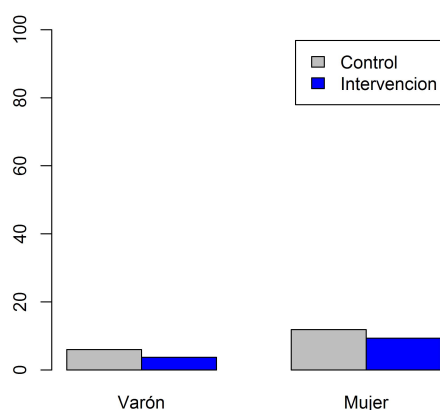


Tabla 5.4.3-2: Prevalencia de riesgo de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Postintervención.

En cuanto a los varones, la prevalencia puntual del riesgo en esta etapa es de 6% en el grupo control (IC 3,369%-8,631%) y de un 3,7% en el grupo intervención (IC 1,741%-5,666%). De nuevo empleando el test de diferencia de proporciones, encontramos que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de riesgo de un grupo y otro ($p>0,05$).

En cuanto a las mujeres, la prevalencia puntual del riesgo en esta etapa es de 11,8% en el grupo control (IC 8,275%-15,356%) y 9,3% en el intervención (IC 6,134%-12,457%). Tampoco existe una diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de riesgo de un grupo y otro ($p>0,05$).

Si analizamos ahora la evolución de las cifras de riesgo entre la etapa preintervención y la etapa postintervención vemos:

- En los varones del grupo control un descenso de la prevalencia del riesgo de 8,5% a 6%, este descenso no es estadísticamente significativo ($p=0,25$); en los del grupo intervención el descenso va del 7,2% al 3,7%, sí es estadísticamente significativo ($p=0,03$).
- En las mujeres del grupo control el descenso de la prevalencia va del 12,5% al 11,8%, este descenso no es estadísticamente significativo ($p=0,86$); en las del grupo intervención, el descenso va del 10,2% al 9,3%, tampoco es estadísticamente significativo ($p=0,78$).

Continuamos ahora con las cifras de riesgo, atendiendo al sexo, en la etapa de seguimiento (Tabla 5.4.3-3, Figura 5.4.3-3):

Tabla 5.4.3-3: Prevalencia de riesgo de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Seguimiento.

Sexo			GC	GI	Total
Hombre	No riesgo	Recuento	320	386	706
		%	97,9%	97,2%	97,5%
	Riesgo	Recuento	7	11	18
		%	2,1%	2,8%	2,5%
	Total	Recuento	327	397	724
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	No riesgo	Recuento	289	323	612
		%	89,2%	92,3%	90,8%
	Riesgo	Recuento	35	27	62
		%	10,8%	7,7%	9,2%
	Total	Recuento	324	350	674
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No riesgo	Recuento	609	709	1318
		%	93,5%	94,9%	94,3%
	Riesgo	Recuento	42	38	80
		%	6,5%	5,1%	5,7%
	Total	Recuento	651	747	1398
		%	100,0%	100,0%	100,0%

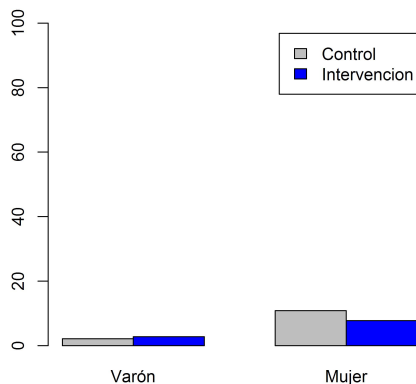


Tabla 5.4.3-3: Prevalencia de riesgo de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Seguimiento.

En cuanto a los varones, la prevalencia puntual del riesgo en esta etapa es de 2,1% en el grupo control (IC 0,419%-3,862%) y de un 2,8% en el grupo intervención (IC 1,030%-4,511%). De nuevo empleando el test de diferencia de proporciones, encontramos que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de riesgo de un grupo y otro ($p=0,76$).

En cuanto a las mujeres, la prevalencia puntual del riesgo en esta etapa es de 10,8% en el grupo control (IC 7,268%-14,337%) y 7,7% (IC 4,776%-10,652%) en el intervención. Tampoco existe una diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de riesgo de un grupo y otro ($p=0,21$).

Si analizamos ahora la evolución de las cifras de riesgo entre la etapa preintervención y el seguimiento vemos:

- En los varones del grupo control un descenso de la prevalencia del riesgo de 8,5% a 2,1%, este descenso resulta estadísticamente significativo ($p=0,0005$); en los del grupo intervención el descenso va del 7,2% al 2,8%, también es estadísticamente significativo ($p=0,006$).
- En las mujeres del grupo control el descenso de la prevalencia va del 12,5% al 10,8%, este descenso no resulta estadísticamente significativo ($p=0,52$); en las del grupo intervención, el descenso va del 10,2% al 7,7%, tampoco resulta estadísticamente significativo ($p=0,3$).

Tabla 5.4.3-5: Evolución de la prevalencia del riesgo de TCA en varones y mujeres de GC y GI.

		PRE	POST	SEG
MUJERES	GC	12,5%	11,8%	10,8%
	GI	10,2%	9,3%	7,7%
VARONES	GC	8,5%	6%	2,1%
	GI	7,2%	3,7%	2,8%

PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento

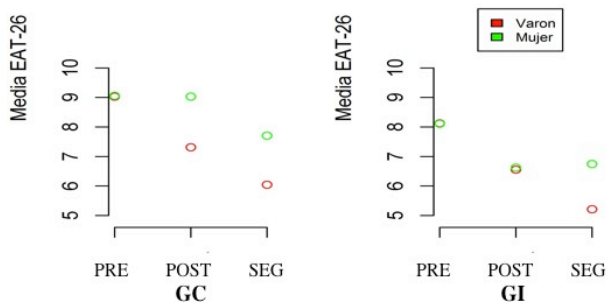


Figura 5.4.3-4: Puntuación media del EAT-26 por etapas en cada sexo para GC y GI.

Veamos cuál ha sido esa evolución de los riesgos si estudiamos a los participantes clasificándolos según su ciudad de origen y sexo (Tablas 5.4.3-6, 5.4.3-7 y 5.4.3-8):

Tabla 5.4.3-6:

Evolución de la prevalencia del riesgo de TCA en varones y mujeres de GC y GI de Santander.

SANTANDER	PRE		POST		SEG	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI
Varones	9,3%	5,9%	4%	1,7%	2,2%	0,9%
Mujeres	12,6%	7,6%	10,6%	9,2%	13,6%	4,1%

PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento

Tabla 5.4.3-7:

Evolución de la prevalencia del riesgo de TCA en varones y mujeres de GC y GI de Santiago.

SANTIAGO	PRE		POST		SEG	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI
Varones	7,8%	8,5%	7,3%	8,1%	2,1	5,1
Mujeres	15,7%	13%	10,1%	9,2%	6,7	7,4

PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento

Tabla 5.4.3-8:

Evolución de la prevalencia del riesgo de TCA en varones y mujeres de GC y GI de Zaragoza.

ZARAGOZA	PRE		POST		SEG	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI
Varones	8,3%	7,3%	6,4%	2,6%	2,1	2,6
Mujeres	10,5%	10,1%	13,6%	9,4%	11,6	10,1

PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento

Aplicando en estos datos el test de diferencia de proporciones encontramos una diferencia significativa entre la prevalencia del riesgo de los grupos intervención y control en las mujeres de Santander: el grupo intervención tiene una prevalencia significativamente menor en el seguimiento que el grupo control ($p=0,0395$). En el resto no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Nos parece interesante también aquí estudiar ya no las prevalencias del riesgo, sino las puntuaciones medias del EAT-26 en cada grupo. Así, exponemos a continuación cuáles son esas medias (Tabla 5.4.3-9):

Tabla 5.4.3-9: Puntuación media del EAT-26 por etapas en cada sexo, para GC y GI.

GC/GI	Sexo	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Hombre	PRE	9,033	,450	8,151	9,914
		POST	7,313	,458	6,414	8,212
		SEG	6,046	,417	5,227	6,864
	Mujer	PRE	9,055	,448	8,176	9,934
		POST	9,032	,457	8,136	9,929
		SEG	7,706	,416	6,890	8,521
GI	Hombre	PRE	8,122	,406	7,326	8,918
		POST	6,552	,414	5,740	7,363
		SEG	5,210	,376	4,471	5,948
	Mujer	PRE	8,108	,431	7,262	8,953
		POST	6,620	,439	5,758	7,482
		SEG	6,743	,400	5,958	7,527

PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

En la siguiente tabla analizamos las diferencias entre las puntuaciones medias de cada etapa entre el grupo control y el grupo intervención de cada sexo (Tabla 5.4.3-10):

Tabla 5.4.3-10:

Diferencias entre GC y GI en las puntuaciones medias del EAT para cada sexo y etapa

Sexo	T	Diferencia de medias (GC-GI)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95% para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
Varón	PRE	,911	,605	,133	-,277	2,098
	POST	,761	,617	,218	-,450	1,972
	SEG	,836	,562	,137	-,266	1,938
Mujer	PRE	,947	,622	,128	-,272	2,167
	POST	2,413*	,634	,000	1,169	3,656
	SEG	,963	,577	,095	-,169	2,095

PRE, preintervención; POST, postintervención; SEG, seguimiento

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Así vemos como la diferencia de medias grupo control-grupo intervención atendiendo al sexo de los participantes tan sólo resulta significativa en las mujeres en la etapa postintervención ($p=0,0$), y está próxima a serlo también en las mujeres en la etapa seguimiento ($p=0,09$). En los varones, no hay diferencias de medias significativas entre grupo intervención y control en ninguna etapa.

5.4.4 EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE DIAGNÓSTICOS

Se calculó la prevalencia de casos un año después, reevaluando a los sujetos. En esta ocasión se administró la entrevista SCAN a todos los entrevistados en 2007 junto a los nuevos sujetos identificados con riesgo en 2008 y una muestra sin riesgo (aquellos con puntuaciones en EAT= 0 ó 1 en 2008).

Para los cálculos de prevalencia e incidencia en este punto de la investigación necesitamos conocer el número de individuos de los que consta la muestra en este momento (2ª fase del estudio basal en el seguimiento). Como comentábamos en el apartado 5.2 fueron 1398 individuos los que consintieron en la cumplimentación de este tercer y último cuestionario EAT-26, pero a ellos debemos sumar aquellos participantes que no cumplimentaron este cuestionario pero ya habían sido entrevistados en la etapa preintervención (uno de los criterios para ser de nuevo entrevistados): tan sólo 7 de ellos (sujetos entrevistados en preintervención bien por puntuaciones EAT = 0 ó >20, bien por puntuaciones = a 0 ó 1, pero que no cumplimentaron EAT en seguimiento) accedieron a ser de nuevo entrevistados. Puesto que se trata de sujetos estudiados también en el seguimiento, contaremos finalmente con una muestra de 1405 sujetos para este segundo estudio estándar.

Mediante SCAN hallamos 22 sujetos que cumplieran criterios diagnósticos de TCA (un 1,6% de los 1405 de la muestra total en 2008, IC 0,881%-2,251%).

De los 22 casos 13 pertenecen al grupo control y 9 al grupo intervención. Esto es, la prevalencia en esta etapa es de 2% en el grupo control (IC 0,845%-3,148%) y de 1,2% en el grupo intervención (IC 0,356%-2,054%) (Tabla 5.4.4-1). No es una diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$).

Tabla 5.4.4-1: Evolución de la prevalencia de TCA a lo largo del estudio. Diferencias GC-GI.

	PREINTERVENCIÓN	SEGUIMIENTO
GC	1,1%	2%
GI	0,6%	1,2%

19 sujetos diagnosticados son mujeres: tasa de prevalencia de TCA en mujeres de grupo control en esta etapa 3,4% (IC 1,257%-5,471%); en grupo intervención 2,3% (IC 0,572%-3,960%). Esta diferencia de proporciones no es estadísticamente significativa ($p=0,5255$).

3 sujetos son hombres: tasa de prevalencia de TCA en hombres de grupo control en esta etapa 0,61% (IC 0,074%-2,185%); en grupo intervención 0,25% (IC 0,006%-1,392%). Esta diferencia de proporciones no es estadísticamente significativa ($p=0,8699$)(Tablas 5.4.4-2, 5.4.4-3 y 5.4.4-4).

Tabla 5.4.4-2: Prevalencia de TCA en el seguimiento según sexo.

	Número de casos	Prevalencia %	IC 95%
MUJER	19	2,8%	1,482%-4,106%
VARÓN	3	0,4%	0,085%-1,204%

Tabla 5.4.4-3: Evolución de la prevalencia de TCA en varones y mujeres en GC y GI.

		PREINTERVENCIÓN	SEGUIMIENTO
MUJERES	GC	1,86%	3,36%
	GI	1,33%	2,26%
VARONES	GC	0,26%	0,61%
	GI	0,0%	0,25%

Tabla 5.4.4-4: Prevalencia de TCA atendiendo al sexo en GC y GI. Seguimiento.

			GC	GI	Total
Varón	No TCA	Recuento	326	396	722
		%	99,4%	99,7%	99,6%
	TCA	Recuento	2	1	3
		%	,6%	,3%	,4%
	Total	Recuento	328	397	725
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	No TCA	Recuento	316	345	661
		%	96,6%	97,7%	97,2%
	TCA	Recuento	11	8	19
		%	3,4%	2,3%	2,8%
	Total	Recuento	327	353	680
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No TCA	Recuento	642	741	1383
		%	98,0%	98,8%	98,4%
	TCA	Recuento	13	9	22
		%	2,0%	1,2%	1,6%
	Total	Recuento	655	750	1405
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Analizando la prevalencia por ciudades (Tabla 5.4.4-5, Figura 5.4.4-1):

Tabla 5.4.4-5: Prevalencia de TCA atendiendo a la ciudad de origen en GC y GI. Seguimiento.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	No TCA	Recuento	179	205	384
		%	98,4%	99,5%	99,0%
	TCA	Recuento	3	1	4
		%	1,6%	,5%	1,0%
	Total	Recuento	182	206	388
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	No TCA	Recuento	177	187	364
		%	96,7%	97,4%	97,1%
	TCA	Recuento	6	5	11
		%	3,3%	2,6%	2,9%
	Total	Recuento	183	192	375
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	No TCA	Recuento	286	349	635
		%	98,6%	99,1%	98,9%
	TCA	Recuento	4	3	7
		%	1,4%	,9%	1,1%
	Total	Recuento	290	352	642
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	No TCA	Recuento	642	741	1383
		%	98,0%	98,8%	98,4%
	TCA	Recuento	13	9	22
		%	2,0%	1,2%	1,6%
	Total	Recuento	655	750	1405
		%	100,0%	100,0%	100,0%

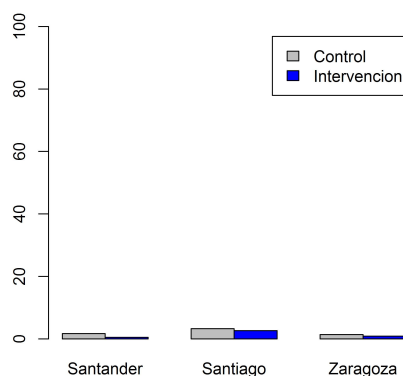


Figura 5.4.4-1: Prevalencia de TCA atendiendo a la ciudad de origen en GC y GI. Seguimiento.

- En Zaragoza se entrevistaron 240 sujetos. Se identificaron 7 casos (prevalencia del 1,1%, IC 0,209%-1,972%): 3 diagnósticos (3 Bulimias nerviosas atípicas, F50.3) en el grupo intervención y 4 en el grupo control (1 TCANE, F50.9, 1 Bulimia nerviosa atípica, F50.3, y 2 Trastornos por atracón, F 50.8). Todos los casos se dieron en mujeres (Tabla 5.4.4-6).

Tabla 5.4.4-6: N° casos de TCA en Zaragoza en el seguimiento. Distribución según GC-GI.

ZARAGOZA 7 casos	GC: 4 casos	4 mujeres: 1TCANE, 2BED, 1 BNA
		0 varones
	GI: 3 casos	3 mujeres: 3BNA
		0 varones

BNP: Bulimia nerviosa purgativa F50.2; TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado F50.9; BED: Binge eating disorder, Trastorno por atracón, F50.8; BNA: Bulimia nerviosa atípica, F50.3; GC: Grupo control; GI: Grupo intervención

- En Santander se entrevistaron 155 sujetos. Se identificaron 4 casos (prevalencia del 1%, IC 0,282%-2,618%): un diagnóstico de TCANE en grupo intervención y 2 en grupo control junto a un caso de Bulimia nerviosa purgativa. Todos ellos eran mujeres (Tabla 5.4.4-7).

Tabla 5.4.4-7: N° casos de TCA en Santander en el seguimiento. Distribución según GC-GI.

SANTANDER 4 casos	GC: 3 casos	3 mujeres: 2 TCANes, 1 BNP
		0 varones
	GI: 1 caso	1 mujer: 1 TCANE
		0 varones

BNP: Bulimia nerviosa purgativa F50.2; TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado F50.9; BED: Binge eating disorder, Trastorno por atracón, F50.8; BNA: Bulimia nerviosa atípica, F50.3; GC: Grupo control; GI: Grupo intervención

- En Santiago se entrevistaron 172 sujetos. Se identificaron 11 casos (prevalencia del 2,9%, IC 1,092%-4,775%): 2 TCANes y 3 BNPs en grupo intervención y 6 TCANes en grupo control. 8 diagnósticos correspondían a mujeres (5TCANes y 3BNP) y tres a varones (3TCANes). 1TCANE en varón de grupo intervención, 2 TCANes en varones de grupo control, 4 TCANes en mujeres de grupo control y 3 Bulimias nerviosas purgativas, y 1 TCANE en mujeres de grupo intervención (Tabla 5.4.4-8).

Tabla 5.4.4-8: N° casos de TCA en Santiago en el seguimiento. Distribución según GC-GI.

SANTIAGO 11 casos	GC: 6 casos	4 mujeres: 4 TCANes
		2 varones: 2 TCANes
	GI: 5 casos	4 mujeres: 3 BNPs y 1 TCANE
		1 varón: 1 TCANE

BNP: Bulimia nerviosa purgativa F50.2; TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado F50.9; BED: Binge eating disorder, Trastorno por atracón, F50.8; BNA: Bulimia nerviosa atípica, F50.3; GC: Grupo control; GI: Grupo intervención

Comparadas estas prevalencias de grupo control y grupo intervención en cada ciudad, en ningún caso las diferencias resultan significativas ($p > 0,05$).

Comparando los resultados preintervención con los resultados obtenidos un año después encontramos una tasa de incidencia (casos nuevos) para el total de la muestra de 1,28%, IC 95% 0,658%-1,905% (18 casos nuevos).

Tabla 5.4.4-9: Incidencia de TCA en el seguimiento según ciudad de origen de la muestra.

	Número de casos nuevos	Incidencia %	IC 95%
ZARAGOZA	7	1,1%	0,209%-1,972%
SANTIAGO	7	1,9%	0,363%-3,370%
SANTANDER	4	1%	0,282%-2,618%

Si analizamos ahora la incidencia atendiendo a la procedencia de los casos del **grupo intervención o control** encontramos: tasa de incidencia en el grupo intervención de 1,07% con IC 95% 0,265%-1,869% (8 casos nuevos de 750 miembros totales en el grupo intervención en el seguimiento) y de un 1,53% en el grupo control con IC 95% 0,511%-2,542% (10 casos nuevos de 655 miembros totales en el grupo control). No se trata de una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,5990$).

Atendiendo al **sexo** (Tabla 5.4.4-10): 2 eran varones (incidencia del 0,3% en varones, IC 95% 0,463%-2,304%) y 16 eran mujeres (incidencia del 2,4% en mujeres, IC 95% 1,168%-3,651%).

Tabla 5.4.4-10: Incidencia de TCA en el seguimiento según sexo.

Sexo			GC	GI	Total
Hombre	Caso no nuevo	Recuento	327	396	723
		%	99,7%	99,7%	99,7%
	Caso nuevo	Recuento	1	1	2
		%	,3%	,3%	,3%
	Total	Recuento	328	397	725
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	Caso no nuevo	Recuento	318	346	664
		%	97,2%	98,0%	97,6%
	Caso nuevo	Recuento	9	7	16
		%	2,8%	2,0%	2,4%
	Total	Recuento	327	353	680
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Caso no nuevo	Recuento	645	742	1387
		%	98,5%	98,9%	98,7%
	Caso nuevo	Recuento	10	8	18
		%	1,5%	1,1%	1,3%
	Total	Recuento	655	750	1405
		%	100,0%	100,0%	100,0%

De los 2 casos nuevos detectados en varones 1 pertenecía al grupo control (incidencia del 0,3% en los varones del grupo control, IC 95% 0,008%-1,687%) y 1 al grupo intervención (incidencia del 0,3% en los varones del grupo intervención, IC 95% 0,006%-1,395%). No hay diferencia significativa entre las incidencias de un grupo y otro ($p>0,05$). De los 16 casos nuevos detectados en mujeres 9 pertenecían al grupo control (incidencia del 2,8% en las mujeres del grupo control, IC 95% 0,826%-4,678%) y 7 al grupo intervención (incidencia del 2,0% en las mujeres del grupo intervención, IC 95% 0,387%-3,579%). No se trata de una diferencia significativa ($p>0,05$).

Atendiendo a su **ciudad de origen** (Tabla 5.4.4-11): 4 casos nuevos procedían de Santander (incidencia del 1%, IC 95% 0,282%-2,618%), 7 de Santiago (incidencia del 1,9%, IC 95% 0,363%-3,370%), 7 de Zaragoza (incidencia del 1,1%, IC 95% 0,209%-1,972%). De los 4 casos nuevos de Santander 3 pertenecían al grupo control (incidencia del 1,6% en grupo control de Santander, IC 95% 0,341%-4,741%) y 1 al intervención (incidencia del 0,5% en grupo intervención de Santander, IC 95% 0,012%-2,675%). De los 7 casos nuevos de Santiago 3 pertenecían al grupo control (incidencia del 1,6% en grupo control Santiago, IC 95% 0,339%-4,716%) y 4 al intervención (incidencia del 2,1% en grupo intervención de Santiago, IC 95% 0,570%-5,248%). De los 7 casos nuevos de Zaragoza 4 pertenecían al grupo control (incidencia del 1,4% en grupo control de Zaragoza, IC 95% 0,377%-3,494%) y 3 al intervención (incidencia del 0,9% en grupo intervención de Zaragoza, IC 95% 0,176%-2,470%).

En ninguna de las ciudades la diferencia de incidencia entre grupo control e intervención resultó significativa ($p>0,05$).

Tabla 5.4.4-11: Incidencia de TCA en el seguimiento según ciudad de origen de la muestra.

Ciudad			GC	GI	Total
Santander	Caso no nuevo	Recuento	179	205	384
		%	98,4%	99,5%	99,0%
	Caso nuevo	Recuento	3	1	4
		%	1,6%	,5%	1,0%
	Total	Recuento	182	206	388
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago	Caso no nuevo	Recuento	180	188	368
		%	98,4%	97,9%	98,1%
	Caso nuevo	Recuento	3	4	7
		%	1,6%	2,1%	1,9%
	Total	Recuento	183	192	375
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Zaragoza	Caso no nuevo	Recuento	286	349	635
		%	98,6%	99,1%	98,9%
	Caso nuevo	Recuento	4	3	7
		%	1,4%	,9%	1,1%
	Total	Recuento	290	352	642
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Caso no nuevo	Recuento	645	742	1387
		%	98,5%	98,9%	98,7%
	Caso nuevo	Recuento	10	8	18
		%	1,5%	1,1%	1,3%
	Total	Recuento	655	750	1405
		%	100,0%	100,0%	100,0%

V. Se espera encontrar que la tasa de incidencia (casos nuevos) de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) es menor de forma significativa en el grupo intervención (donde se aplica el programa preventivo ZARIMA) y no en el grupo control a los doce meses de seguimiento (en 2° ESO).

El programa no es eficaz en la prevención de diagnósticos: la incidencia no es menor al año de la intervención ni en el grupo control ni en el grupo intervención. Tampoco la diferencia en la incidencia de casos nuevos entre grupo intervención y control es estadísticamente significativa al año.

Atendemos ahora a los **diagnósticos concretos**, distinguiendo entre los distintos diagnósticos hallados (BNP y, dentro de los cuadros atípicos: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa atípica y trastorno por atracón). De los 18 casos nuevos 3 son Bulimias nerviosas (16,7% de los 18 casos nuevos), 4 son Bulimias nerviosas no especificadas (22,2% de los 18 casos nuevos), 2 son Trastornos por atracón (11,1% de los 18 casos nuevos) y 9 TCAs no especificados (50% de los 18 casos nuevos). Los otros cuatro casos filiados en el seguimiento eran casos ya conocidos preintervención que mantenían el diagnóstico (4 TCAs no especificados).

Presentamos a continuación brevemente la distribución de los diagnósticos según grupo control/intervención en el momento preintervención y en el momento seguimiento (Tabla 5.4.4-12):

Tabla 5.4.4-12: Distribución de casos de TCA según diagnóstico concreto preintervención y seguimiento.

	2007		2008	
	GC	GI	GC	GI
BNP	0	0	1	3
TCANE	8	5	9	3
BED	0	0	2	0
BNA	0	0	1	3
Total	8	5	13	9
	13		22	

BNP: Bulimia nerviosa purgativa F50.2; TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado F50.9; BED: Binge eating disorder, Trastorno por atracón, F50.8; BNA: Bulimia nerviosa atípica, F50.3; GC: Grupo control; GI: Grupo intervención

Así evoluciona cada uno de los diagnósticos concretos:

- Anorexia nerviosa: Ningún caso en 2007 ni en 2008.
- BNP: En 2007 ninguno de los casos detectados cumplían criterios para este diagnóstico, mientras que en 2008 fueron 4 los casos detectados (1 mujer de grupo control, 3 mujeres de grupo intervención).
- TCANE: En 2007 se localizan con este diagnóstico 7 mujeres de grupo control, 1 varón de grupo control y 5 mujeres de grupo intervención. En 2008: 7 mujeres de grupo control, 2 varones de grupo control, 2 mujeres de grupo intervención y 1 varón de grupo intervención. Dentro de los cuadros atípicos de trastornos alimentarios con rasgos más específicos, los entrevistadores etiquetaron de:
 - Trastornos por atracón: en 2008, 2 casos correspondientes a mujeres de grupo control en Zaragoza y ningún caso en grupo intervención en toda la muestra. Ningún caso en 2007.
 - Bulimia nerviosa atípica: en 2008, 1 caso en Zaragoza en grupo control (una mujer) y 3 casos en grupo intervención (3

mujeres), también en Zaragoza. En 2007 ningún participante fue etiquetado con este diagnóstico.

- Anorexia atípica: Ningún caso en 2007 ni en 2008.

5.4.5 REPERCUSIÓN DEL TALLER EN LOS DISTINTOS CUESTIONARIOS

Comenzamos este apartado analizando los datos obtenidos en la **Escala de Satisfacción Corporal**. De cara a esta evaluación nos centraremos en las puntuaciones medias halladas en esta escala (Tabla 5.4.5-1).

Tabla 5.4.5-1: Puntuaciones medias SCP preintervención y postintervención para GC y GI

GC/GI	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
GC	PRE	23,040	,170	22,707	23,373
	POST	23,510	,186	23,145	23,874
GI	PRE	23,265	,163	22,946	23,584
	POST	24,084	,178	23,735	24,433

Así, vemos que la puntuación media obtenida previa a la intervención es de 23,04 en el grupo control y 23,26 en el grupo intervención. En los cuestionarios cumplimentados inmediatamente tras la intervención (postintervención) las medias son de 23,51 en el grupo control y de 24,08 en el grupo intervención. Las diferencias obtenidas entre una etapa y otra son estadísticamente significativas para ambos grupos (Tabla 5.4.5-2).

Tabla 5.4.5-2:

Diferencias en las puntuaciones medias SCP entre PRE y POST de GC y GI

GC/GI	Diferencia de medias (PRE-POST)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
				Límite inferior	Límite superior
GC	,470*	,132	,000	,211	,728
GI	,819*	,126	,000	,572	1,066

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Si estudiamos esas mismas medias pero atendiendo al sexo encontramos los siguientes resultados (Tabla 5.4.5-3, Figura 5.4.5-1):

Tabla 5.4.5-3:

Puntuaciones medias SCP preintervención y postintervención en varones y mujeres de GC y GI

GC/GI	Sexo	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Hombre	PRE	23,864	,241	23,392	24,337
		POST	24,398	,263	23,882	24,915
	Mujer	PRE	22,216	,239	21,746	22,686
		POST	22,621	,262	22,108	23,134
GI	Hombre	PRE	23,732	,223	23,295	24,170
		POST	24,636	,244	24,158	25,114
	Mujer	PRE	22,797	,237	22,332	23,262
		POST	23,531	,259	23,023	24,040

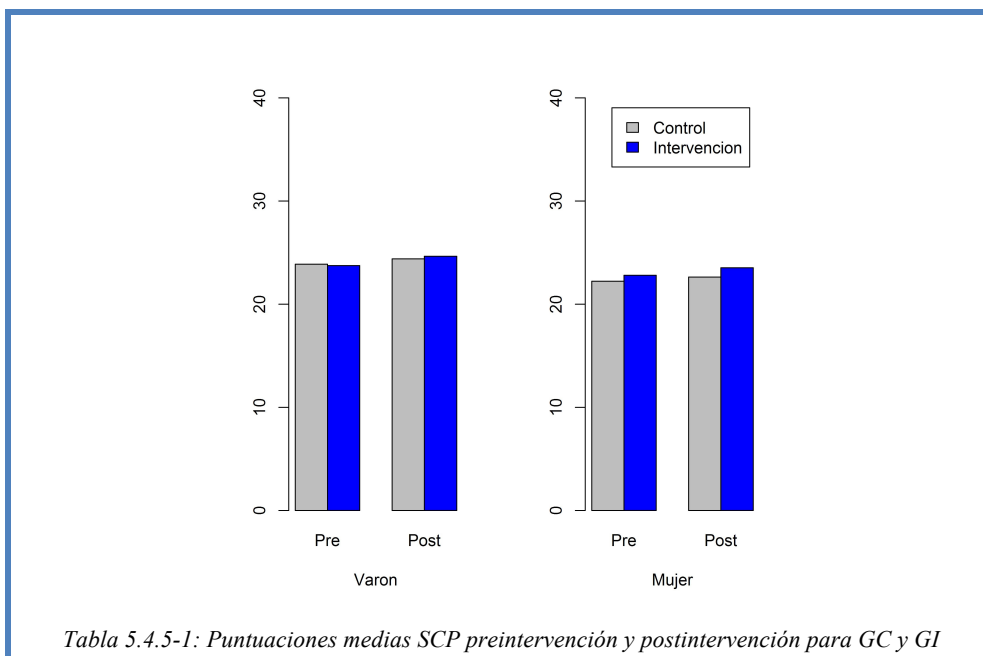


Tabla 5.4.5-1: Puntuaciones medias SCP preintervención y postintervención para GC y GI

Para los varones del grupo control la media de puntuaciones aumenta de 23,86 a 24,39 cinco semanas después. Para los varones del grupo intervención, la media de puntuaciones aumenta de 23,73 a 24,63 tras la aplicación del taller.

Mientras tanto, en las mujeres del grupo control la media de puntuaciones aumenta de 22,21 a 22,62 cinco semanas después. En las mujeres

del grupo intervención, la media de puntuaciones aumenta de 22,79 a 23,53 tras la aplicación del taller.

Veamos ahora cómo de relevante resulta el hecho de pertenecer al grupo intervención o al grupo control en cada etapa (Tabla 5.4.5-4):

Tabla 5.4.5-4:

Diferencias en las puntuaciones medias SCP de GC y GI para varones y mujeres en etapa PRE y POST

Sexo	T	Diferencia de medias GC-GI	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
Hombre	PRE	,132	,328	,688	-,512	,776
	POST	-,238	,359	,507	-,942	,466
Mujer	PRE	-,581	,337	,085	-1,242	,080
	POST	-,910*	,368	,014	-1,633	-,188

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

En base a estos datos vemos que tan sólo las mujeres del grupo intervención consiguen puntuaciones significativamente mayores tras la aplicación del taller que las del grupo control, no así los varones del grupo intervención respecto a los del grupo control.

Y estudiemos ahora cómo de relevante resultan las diferencias en las puntuaciones de cada etapa en los hombres y en las mujeres de cada grupo (Tabla 5.4.5-5):

Tabla 5.4.5-5:

Diferencias en las puntuaciones medias SCP entre PRE y POST para varones y mujeres de GC y GI

GC/GI	Sexo	Diferencia de medias (PRE-POST)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Hombre	-,534*	,187	,004	-,900	-,168
	Mujer	-,405*	,186	,029	-,769	-,041
GI	Hombre	-,904*	,173	,000	-1,243	-,565
	Mujer	-,734*	,184	,000	-1,095	-,374

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

En base a esto, podemos decir que las mejoras en las puntuaciones del SCP son significativas para todos los grupos (tanto control como intervención) de varones y mujeres, sin embargo, los resultados subrayan la magnitud de la relevancia en los sujetos del grupo intervención frente al grupo control ($p=0,00$).

VI. Tras la aplicación del taller se espera hallar una mejora significativa en la satisfacción corporal (medida a través de la Escala de Satisfacción Corporal) en el grupo intervención y no en el grupo control.

Si analizamos la totalidad de la muestra, tanto el grupo control como el intervención muestran un aumento significativo en las puntuaciones de la SCP tras la impartición del taller (de 23,26 a 24,08 en grupo intervención; de 23,04 a 23,51 en el grupo control), esto es, ambos muestran una mejora significativa en la satisfacción corporal.

Si dividimos la muestra por sexos y procedemos así a su análisis, los números señalan una mejora significativa tanto en el grupo de varones ($p=0,000$) como en el de mujeres ($p=0,000$) del grupo intervención, pero también en los hombres y mujeres del grupo control, aunque con un p valor mayor que en el grupo intervención ($p=0,004$ y $p=0,029$ respectivamente).

Vamos ahora con los datos obtenidos en el **Eating Disorder Inventory** (Tabla 5.4.5-6).

Tabla 5.4.5-6: Puntuaciones medias EDI preintervención y postintervención para GC y GI.

GC/GI	Etapa	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
GC	PRE	8,851	,377	8,111	9,590
	POST	8,351	,380	7,606	9,095
GI	PRE	8,145	,362	7,435	8,854
	POST	7,326	,364	6,612	8,040

En este caso vemos que la puntuación media obtenida en el grupo control previamente a la intervención era de 8,85 y en el grupo intervención era de 8,14. En los cuestionarios cumplimentados inmediatamente tras la intervención (postintervención) las medias son de 8,35 en el grupo control y de 7,32 en el grupo intervención. En ambos casos la mejora en las puntuaciones resulta estadísticamente significativa, aunque los resultados subrayan la magnitud de la relevancia en el grupo intervención ($p=0,00$) frente al control (Tabla 5.4.5-7).

Tabla 5.4.5-7:

Diferencias en las puntuaciones medias EDI entre PRE y POST de GC y GI

GC/GI	Diferencia de medias (PRE-POST)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
				Límite inferior	Límite superior
GC	,500*	,223	,025	,063	,937
GI	,819*	,214	,000	,399	1,238

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Si estudiamos esas mismas medias pero atendiendo al sexo obtenemos (Tabla 5.4.5-8, Figura 5.4.5-2):

Tabla 5.4.5-8:

Puntuaciones medias EDI preintervención y postintervención en varones y mujeres de GC y GI

GC/GI	Sexo	Etap	Media	Error típ.
GC	Hombre	PRE	7,124	,535
		POST	6,541	,539
	Mujer	PRE	10,577	,531
		POST	10,160	,535
GI	Hombre	PRE	7,048	,495
		POST	6,154	,498
	Mujer	PRE	9,241	,527
		POST	8,497	,531

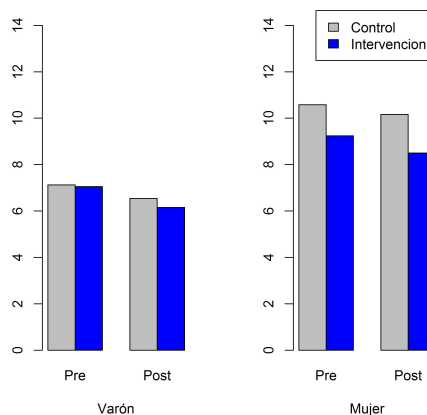


Figura 5.4.5-2:

Puntuaciones medias EDI preintervención y postintervención en varones y mujeres de GC y GI

En base a esto, diremos que para los varones del grupo control la media de puntuaciones desciende de 7,12 a 6,54 cinco semanas después. Para los varones del grupo intervención, la media de puntuaciones desciende de 7,04 a 6,15 tras la aplicación del taller.

Mientras tanto, en las mujeres del grupo control la media de puntuaciones desciende de 10,57 a 10,16 cinco semanas después. En las mujeres del grupo intervención, la media de puntuaciones desciende de 9,24 a 8,49 tras la aplicación del taller.

Tabla 5.4.5-9:
Diferencias en las puntuaciones medias EDI entre PRE y POST para varones y mujeres de GC y GI.

GC/GI	Sexo	Diferencia de medias (PRE-POST)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Hombre	,583	,316	,066	-,038	1,204
	Mujer	,417	,314	,185	-,199	1,033
GI	Hombre	,894*	,293	,002	,320	1,468
	Mujer	,744*	,312	,017	,133	1,356

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

En este caso, vemos que existe mejora en las puntuaciones medias del EDI para todos los grupos, sin embargo, tan sólo en los sujetos del grupo intervención es estadísticamente significativa, tanto para varones como para mujeres.

Tabla 5.4.5-10:
Diferencias en las puntuaciones medias EDI de GC y GI para varones y mujeres en etapa PRE y POST

Sexo	T	Diferencia de medias (GC-GI)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
Hombre	PRE	,076	,729	,917	-1,354	1,506
	POST	,387	,734	,598	-1,053	1,827
Mujer	PRE	1,336	,748	,074	-,132	2,804
	POST	1,663*	,754	,027	,185	3,142

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Vemos así que en los varones la mejora obtenida en las puntuaciones del EDI del grupo intervención respecto al grupo control no es estadísticamente significativa ($p=0,59$) pero sí lo es en las mujeres ($p=0,027$).

VII. Tras la aplicación del taller se espera hallar un descenso significativo en factores de riesgo (insatisfacción corporal e impulso a la delgadez, medidas a través de dos subescalas del Eating Disorder Inventory) en el grupo intervención y no en el grupo control.

Si analizamos la totalidad de la muestra, tanto el grupo control como el intervención muestran un descenso significativo en las puntuaciones de las subescalas del EDI tras la impartición del taller ($p=0,025$ en grupo control, $p=0,000$ en grupo intervención), esto es, muestran un descenso de esos factores de riesgo.

Si dividimos la muestra por sexos y procedemos así a su análisis, los números señalan una mejoría significativa tanto en el grupo de varones ($p=0,002$) como en el de mujeres ($p=0,017$) del grupo intervención que no aparece ni en los varones ni en las mujeres del grupo control.

Vamos ahora con los datos obtenidos en el **cuestionario de nutrición** (Tabla 5.4.5-11).

Tabla 5.4.5-11: Puntuaciones medias del cuestionario de nutrición preintervención y postintervención para GC y GI

GC/GI	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
GC	PRE	6,267	,067	6,135	6,398
	POST	6,435	,071	6,296	6,574
GI	PRE	6,374	,064	6,248	6,500
	POST	7,244	,068	7,111	7,377

En este caso vemos que la puntuación media obtenida en el grupo control previamente a la intervención era de 6,26 y en el grupo intervención era de 6,37. En los cuestionarios cumplimentados inmediatamente tras la intervención (postintervención) la media es de 6,43 en el grupo control y de 7,24 en el grupo intervención. Esto es, hay una diferencia mayor en las puntuaciones obtenidas en el grupo intervención que en el grupo control en referencia a conocimientos en nutrición tras la aplicación del taller, diferencia que resulta estadísticamente significativa ($p=0,0$) (Tabla 5.4.5-12).

Tabla 5.4.5-12:

Diferencias en las puntuaciones medias del cuestionario de nutrición de GC y GI en etapa PRE y POST

T	Diferencia de medias (GC-GI)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
				Límite inferior	Límite superior
PRE	-,107	,093	,249	-,289	,075
POST	-,808*	,098	,000	-1,001	-,616

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Si estudiamos esas mismas medias pero atendiendo al sexo encontramos (Tabla 5.4.5-13):

Tabla 5.4.5-13:

Puntuaciones medias del cuestionario de nutrición preintervención y postintervención en varones y mujeres de GC y GI

GC/GI	Sexo	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Hombre	PRE	6,277	,095	6,092	6,463
		POST	6,274	,100	6,078	6,470
	Mujer	PRE	6,256	,095	6,070	6,443
		POST	6,597	,100	6,400	6,794
GI	Hombre	PRE	6,227	,088	6,054	6,399
		POST	6,998	,093	6,815	7,180
	Mujer	PRE	6,521	,094	6,337	6,705
		POST	7,490	,099	7,295	7,685

Así, para los varones del grupo control la media de puntuaciones asciende de 6,277 a 6,279 cinco semanas después. Para los varones del grupo intervención, la media de puntuaciones asciende de 6,22 a 6,99 tras la aplicación del taller.

Mientras tanto, en las mujeres del grupo control la media de puntuaciones asciende de 6,25 a 6,59 cinco semanas después. En las mujeres del grupo intervención, la media de puntuaciones asciende de 6,52 a 7,49 tras la aplicación del taller.

Tabla 5.4.5-14:

Diferencias en las puntuaciones medias del cuestionario de nutrición entre PRE y POST para varones y mujeres de GC y GI

GC/GI	Sexo	Diferencia de medias (PRE-POST)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
GC	Hombre	,003	,084	,973	-,163	,168
	Mujer	-,340*	,085	,000	-,506	-,174
GI	Hombre	-,771*	,078	,000	-,925	-,617
	Mujer	-,969*	,084	,000	-1,133	-,805

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Según estos datos, los conocimientos en nutrición mejoraban significativamente en la segunda etapa para los grupos intervención de varones y de mujeres, pero sorprendentemente mejoraban también de forma estadísticamente significativa en las mujeres del grupo control. Se mantenían prácticamente iguales en los varones del grupo control (Tabla 5.4.5-14).

Tabla 5.4.5-15:

Diferencias en las puntuaciones medias del cuestionario de nutrición de GC y GI para varones y mujeres en etapa PRE y POST

Sexo	T	Diferencia de medias (GC/GI)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
					Límite inferior	Límite superior
Hombre	PRE	,051	,129	,695	-,203	,304
	POST	-,723*	,136	,000	-,991	-,456
Mujer	PRE	-,265*	,134	,048	-,527	-,003
	POST	-,894*	,141	,000	-1,171	-,617

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Vemos aquí (Tabla 5.4.5-15) que partíamos de puntuaciones iniciales (preintervención) estadísticamente similares en varones de grupo control e intervención pero no así ($p=0,048$) en mujeres, donde encontrábamos una diferencia de puntuación, aunque pequeña, significativa. Estas diferencias de medias entre los grupos control e intervención pasan a ser claramente significativas en la etapa postintervención tanto para varones como para mujeres ($p=0,0$).

VIII. Tras la aplicación del taller se espera hallar un aumento significativo de los conocimientos nutricionales (medida a través de un cuestionario en nutrición) en el grupo intervención y no en el grupo control.

Tanto los varones como las mujeres del grupo intervención muestran un aumento significativo en las puntuaciones del cuestionario de nutrición tras la impartición del taller ($p=0,000$ para la totalidad de la muestra, para el grupo de mujeres y para el grupo de varones).

Sorprende el hallazgo de una mejora, también significativa, de los conocimientos de las mujeres pertenecientes al grupo control en el cuestionario postintervención ($p=0,000$).

Y recopilando resultados expuestos hasta ahora responderemos también a esta hipótesis:

IX. Se espera hallar que las mejoras obtenidas en el grupo intervención en conocimientos nutricionales, satisfacción corporal y conductas alimentarias saludables son significativamente mayores que en el control.

Las puntuaciones del cuestionario de nutrición administrado tras el taller son significativamente más altas en los sujetos del grupo intervención que en los del grupo control ($p=0,000$), lo que determinaría un aumento en los conocimientos nutricionales del primer grupo respecto al segundo.

Las puntuaciones del SCP tras el taller son significativamente más altas en las mujeres del grupo intervención que en las del grupo control ($p=0,014$), lo que determinaría una mejoría en la satisfacción corporal del primer subgrupo respecto al segundo. Esa diferencia no es estadísticamente significativa al estudiar a los varones ($p=0,507$).

Las puntuaciones de las dos subescalas administradas del EDI tras el taller son significativamente más bajas en las mujeres del grupo intervención que en las del grupo control ($p=0,027$), lo que determinaría una mejoría en factores de riesgo del primer subgrupo respecto al segundo. Esa diferencia no es estadísticamente significativa al estudiar a los varones ($p=0,598$).

5.4.6 EFICACIA DEL TALLER EN FUNCIÓN DEL RIESGO PREVIO

En este punto, dividiremos la muestra en población inicialmente “con riesgo” (puntuaciones en EAT-26 preintervención $> \text{ó } =20$) o “sin riesgo” (puntuaciones en EAT-26 <20): queremos analizar cómo evolucionan

posteriormente las puntuaciones del EAT según se trate de sujetos con riesgo o sin él. Comenzamos calculando las medias para los sujetos “con riesgo” o “sin riesgo” de los grupos intervención y control en cada etapa del estudio (preintervención, postintervención y seguimiento). Son las siguientes (Tabla 5.4.6-1, Figura 5.4.6-1):

Tabla 5.4.6-1:

Puntuaciones medias EAT de GC y GI para sujetos etiquetados con riesgo/sin riesgo

Riesgo TCA	GC/GI	T	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Sin riesgo	GC	PRE	6,853	,218	6,425	7,281
		POST	6,328	,269	5,800	6,856
		SEG	5,660	,282	5,106	6,213
	GI	PRE	6,532	,201	6,139	6,926
		POST	5,309	,247	4,824	5,795
		SEG	5,293	,259	4,784	5,802
Con riesgo	GC	PRE	28,009	,653	26,729	29,290
		POST	24,009	,805	22,429	25,589
		SEG	17,384	,844	15,728	19,041
	GI	PRE	27,103	,698	25,733	28,473
		POST	21,854	,861	20,164	23,544
		SEG	13,832	,903	12,060	15,604

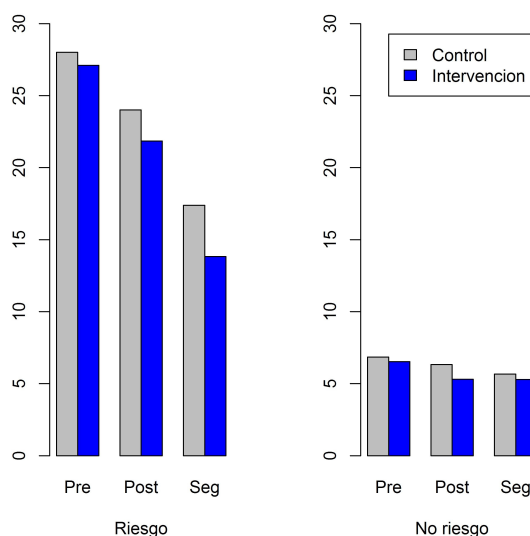


Figura 5.4.6-1:

Puntuaciones medias EAT de GC y GI para sujetos etiquetados con riesgo/sin riesgo

Queremos a continuación comparar las medias en las distintas etapas para los sujetos con riesgo y sin riesgo de los grupos intervención y control (Tabla 5.4.6-2):

Tabla 5.4.6-2:

Diferencias en las puntuaciones medias EAT entre etapas para sujetos con riesgo/sin riesgo de GC y GI

Riesgo	TCA	GC/GI	T1	T2	Diferencia de medias (T1-T2)	Error típ.	p	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
Sin riesgo	GC	PRE	POST		,525	,234	,076	-,037	1,086
				SEG	1,193*	,282	,000	,518	1,868
			POST	PRE	-,525	,234	,076	-1,086	,037
				SEG	,668	,289	,062	-,023	1,360
		SEG	PRE		-1,193*	,282	,000	-1,868	-,518
				POST	-,668	,289	,062	-1,360	,023
		GI	PRE	POST	1,223*	,215	,000	,707	1,739
				SEG	1,239*	,259	,000	,619	1,860
			POST	PRE	-1,223*	,215	,000	-1,739	-,707
				SEG	,017	,265	1,000	-,620	,653
Con riesgo	GC	PRE	POST		4,000*	,701	,000	2,320	5,680
				SEG	10,625*	,843	,000	8,604	12,646
			POST	PRE	-4,000*	,701	,000	-5,680	-2,320
				SEG	6,625*	,864	,000	4,554	8,696
		SEG	PRE		-10,625*	,843	,000	-12,646	-8,604
				POST	-6,625*	,864	,000	-8,696	-4,554
		GI	PRE	POST	5,249*	,750	,000	3,452	7,046
				SEG	13,271*	,902	,000	11,109	15,433
			POST	PRE	-5,249*	,750	,000	-7,046	-3,452
				SEG	8,022*	,924	,000	5,807	10,237
		SEG	PRE		-13,271*	,902	,000	-15,433	-11,109
				POST	-8,022*	,924	,000	-10,237	-5,807

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

En base a estos datos podemos decir que:

Los sujetos inicialmente con riesgo disminuyen su puntuación media en el EAT de forma significativa en todas las etapas, tanto en el grupo control como en el intervención.

Los sujetos inicialmente sin riesgo miembros del grupo control disminuyen su puntuación media en el EAT de forma significativa entre las

etapas preintervención y seguimiento, no en el resto. Sin embargo, los sujetos inicialmente sin riesgo miembros del grupo intervención sí disminuyen significativamente sus puntuaciones medias, tanto entre las etapas preintervención y postintervención como entre las etapas preintervención y seguimiento.

Si estudiamos estas mismas medias pero atendiendo también al sexo, obtenemos (Tabla 5.4.6-3, Figura 5.4.6-2):

Tabla 5.4.6-3.

Puntuaciones medias EAT en cada etapa de varones y mujeres con riesgo/sin riesgo de GC y GI

Riesgo TCA	Sexo	GC/GI	tiempo	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Sin riesgo	Hombre	GC	PRE	7,346	,306	6,745	7,948
			POST	5,986	,378	5,244	6,727
			SEG	5,121	,396	4,344	5,899
		GI	PRE	6,806	,274	6,269	7,343
			POST	5,524	,338	4,862	6,187
			SEG	4,906	,354	4,211	5,601
	Mujer	GC	PRE	6,359	,310	5,750	6,968
			POST	6,670	,383	5,919	7,421
			SEG	6,198	,401	5,410	6,985
		GI	PRE	6,258	,293	5,683	6,833
			POST	5,095	,362	4,385	5,804
			SEG	5,680	,379	4,936	6,424
Con riesgo	Hombre	GC	PRE	26,519	,987	24,582	28,455
			POST	21,074	1,218	18,686	23,463
			SEG	15,630	1,276	13,125	18,134
		GI	PRE	25,885	1,006	23,912	27,858
			POST	20,423	1,241	17,989	22,857
			SEG	9,308	1,301	6,756	11,860
	Mujer	GC	PRE	29,500	,855	27,823	31,177
			POST	26,944	1,054	24,876	29,013
			SEG	19,139	1,105	16,970	21,308
		GI	PRE	28,321	,969	26,420	30,223
			POST	23,286	1,196	20,940	25,631
			SEG	18,357	1,253	15,898	20,816

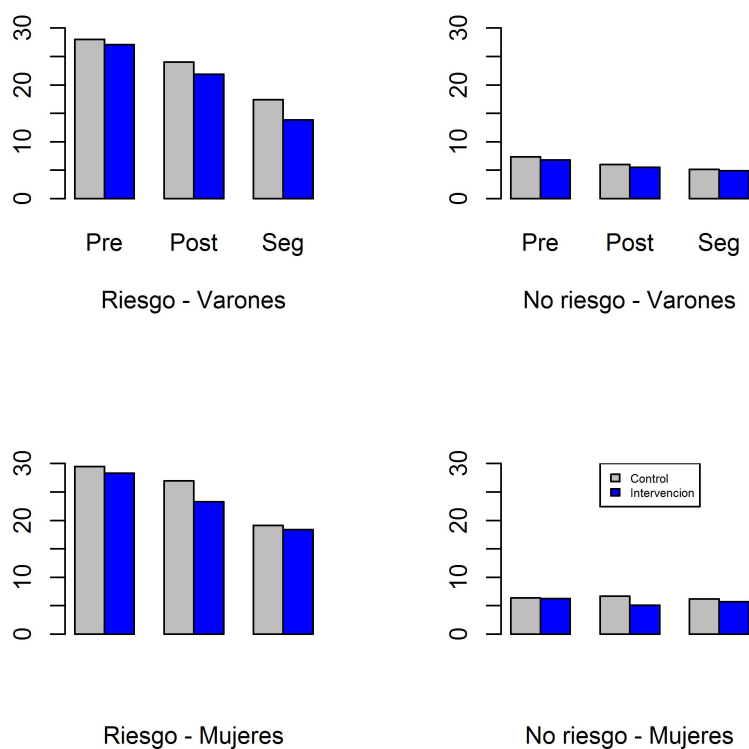


Figura 5.4.6-2.
Puntuaciones medias EAT en cada etapa de varones y mujeres con riesgo/sin riesgo de GC y GI

Analizamos ahora la evolución de estas medias (5.4.6-4) (*la diferencia de medias es significativa al nivel ,05):

:

Tabla 5.4.6-4. Diferencias de medias EAT entre etapas en varones y mujeres con riesgo/sin riesgo

Riesgo	TCA	Sexo	GC/		Diferencia de medias (T1-T2)	Error típ.	p	IC al 95 % para la diferencia	
			GI	T1 T2				Límite inferior	Límite superior
Sin riesgo	Varón	GC	PRE	POST	1,361*	,329	,000	,572	2,149
				SEG	2,225*	,396	,000	1,276	3,174
			POST	PRE	-1,361*	,329	,000	-2,149	-,572
				SEG	,864	,406	,100	-,108	1,837
			SEG	PRE	-2,225*	,396	,000	-3,174	-1,276
				POST	-,864	,406	,100	-1,837	,108
		GI	PRE	POST	1,282*	,294	,000	,578	1,986
				SEG	1,900*	,354	,000	1,053	2,748
			POST	PRE	-1,282*	,294	,000	-1,986	-,578
				SEG	,618	,362	,264	-,250	1,487
			SEG	PRE	-1,900*	,354	,000	-2,748	-1,053
				POST	-,618	,362	,264	-1,487	,250
	Mujer	GC	PRE	POST	-,311	,333	1,000	-1,110	,487
				SEG	,161	,401	1,000	-,800	1,122
			POST	PRE	,311	,333	1,000	-,487	1,110
				SEG	,473	,411	,751	-,512	1,457
		GI	SEG	PRE	-,161	,401	1,000	-1,122	,800
				POST	-,473	,411	,751	-1,457	,512
			PRE	POST	1,163*	,315	,001	,409	1,918
				SEG	,578	,379	,380	-,329	1,486
Con riesgo	Varón	GC	PRE	POST	5,444*	1,059	,000	2,905	7,984
				SEG	10,889*	1,275	,000	7,834	13,944
			POST	PRE	-5,444*	1,059	,000	-7,984	-2,905
				SEG	5,444*	1,306	,000	2,314	8,575
			SEG	PRE	-10,889*	1,275	,000	-13,944	-7,834
				POST	-5,444*	1,306	,000	-8,575	-2,314
		GI	PRE	POST	5,462*	1,080	,000	2,873	8,050
				SEG	16,577*	1,299	,000	13,463	19,690
			POST	PRE	-5,462*	1,080	,000	-8,050	-2,873
				SEG	11,115*	1,331	,000	7,925	14,306
			SEG	PRE	-16,577*	1,299	,000	-19,690	-13,463
				POST	-11,115*	1,331	,000	-14,306	-7,925
	Mujer	GC	PRE	POST	2,556*	,918	,016	,356	4,755
				SEG	10,361*	1,104	,000	7,715	13,007
			POST	PRE	-2,556*	,918	,016	-4,755	-,356
				SEG	7,806*	1,131	,000	5,094	10,517
		GI	SEG	PRE	-10,361*	1,104	,000	-13,007	-7,715
				POST	-7,806*	1,131	,000	-10,517	-5,094
			PRE	POST	5,036*	1,040	,000	2,542	7,530
				SEG	9,964*	1,252	,000	6,964	12,965
	POST	PRE	-5,036*	1,040	,000	-7,530	-2,542		
		SEG	4,929*	1,283	,000	1,854	8,003		
	SEG	PRE	-9,964*	1,252	,000	-12,965	-6,964		
		POST	-4,929*	1,283	,000	-8,003	-1,854		

Observamos en primer lugar los sujetos inicialmente clasificados sin riesgo:

- Tanto los varones del grupo control como los del grupo intervención obtienen descensos significativos de sus puntuaciones medias en el EAT entre las etapas preintervención-postintervención y preintervención-seguimiento. El valor de p es muy similar para ambos grupos.
- Por su parte, las mujeres del grupo control no obtienen descensos significativos en ninguna de las etapas. Las mujeres del grupo intervención sí presentan un valor de p menor, así como un descenso significativo en la media de las puntuaciones entre las etapas preintervención y postintervención pero que no se mantuvo en el tiempo.

Si observamos a los sujetos inicialmente clasificados con riesgo:

- Tanto los varones del grupo control como los del grupo intervención presentaron un descenso significativo de puntuaciones en todas las etapas. Los descensos entre ambos grupos fueron muy similares, aunque con diferencias mayores que en los sujetos clasificados inicialmente sin riesgo; esto es, en los sujetos con riesgo la variación de puntuaciones a lo largo de las evaluaciones es mayor que en los sujetos sin riesgo.
- También tanto las mujeres del grupo control como las del grupo intervención presentaron un descenso significativo de puntuaciones en todas las etapas, aunque el grupo control en una primera fase (preintervención-postintervención) con $p=0,016$; en el grupo intervención $p=0,00$ en todas las diferencias de medias entre etapas.

Señalaremos que los descensos de puntuaciones a lo largo de las tres etapas son claramente mayores en los sujetos con riesgo que en los sujetos sin riesgo (de hasta 9 puntos en el grupo intervención frente al máximo de 2,22 en el grupo control, ambos con $p=0,00$).

Estudiando las diferencias de medias entre grupo control/intervención (atendiendo a las categorías con riesgo/sin riesgo) en la evaluación preintervención y en el seguimiento, obtenemos los siguientes datos:

- Para los sujetos clasificados inicialmente sin riesgo: la diferencia de medias de grupo control y grupo intervención en la evaluación preintervención no es estadísticamente significativa ($p=0,14$). En el momento del seguimiento continúa sin serlo ($p=0,24$).
- Para los sujetos clasificados inicialmente con riesgo: la diferencia de medias de grupo control y grupo intervención en la evaluación preintervención no es estadísticamente significativa ($p=0,38$). En el momento del seguimiento continúa siendo superior a 0,05, pero la diferencia está mucho más próxima a resultar significativa ($p=0,09$).

Finalmente, queremos conocer si el hecho tratarse de sujetos inicialmente con riesgo o no, influye en la evolución de las puntuaciones del EAT. Para ello

calculamos un ANOVA de medidas repetidas en el que las variables dependientes fueron las puntuaciones en las etapas preintervención, postintervención y seguimiento del cuestionario EAT-26 y los factores intersujetos fueron el ser sujeto “con riesgo-sin riesgo” al inicio, el grupo de origen (intervención/control) y el sexo.

Los resultados indicaron que en la evolución de la puntuación del EAT influye de manera significativa el factor momento x población con riesgo/sin riesgo con $F(155,453)$ y $p=0,0$.

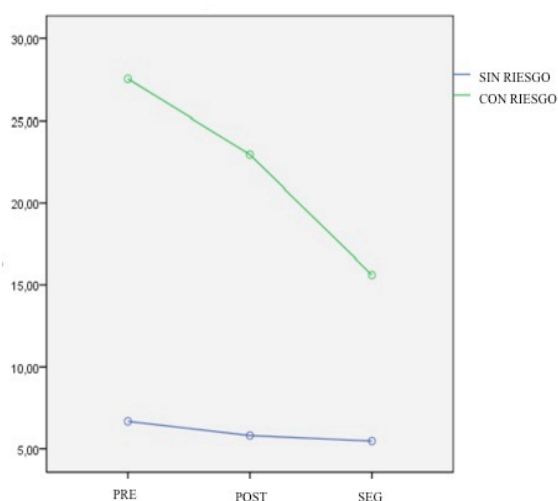


Figura 5.4.6-3.

Evolución de las puntuaciones medias del EAT a lo largo de las tres etapas en GI y GC

X. Se espera hallar una mayor eficacia del taller en aquellos sujetos considerados inicialmente con riesgo que en los sujetos sin riesgo (clasificados con riesgo o sin él según su puntuación inicial en el EAT) tras su administración.

Tanto los varones clasificados inicialmente sin riesgo como con él, pertenecientes a grupo control e intervención, logran un descenso de puntuación significativo tras el taller.

Las mujeres clasificadas inicialmente con riesgo logran un descenso significativo de puntuaciones en todas las etapas (tanto en grupo control como intervención), pero no así las mujeres sin riesgo inicial (únicamente consiguen descenso significativo entre pre y postintervención aquellas del grupo intervención).

Las diferencias de puntuaciones logradas son mayores para los sujetos con riesgo que para los sujetos sin riesgo.

En el momento del seguimiento, los sujetos con riesgo inicial pertenecientes al grupo intervención logran una diferencia de puntuación respecto al grupo control próxima a resultar significativa ($p=0,09$) que no existía previamente a la intervención y que no logran los sujetos sin riesgo ($p=0,24$).

La evolución de la puntuación del EAT se ve influenciada por el factor momento x condición “sujeto con riesgo/sin riesgo”.

6. *DISCUSIÓN*



6.1 DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA

Como veíamos en la introducción, es variadísimo el elenco de intervenciones ensayadas en materia de TCAs tanto dentro de nuestras fronteras como en el extranjero. Pero ¿cuál es la fórmula más apropiada? Hemos visto proyectos dirigidos a población adulta y otros a adolescentes, desde programas centrados sólo en población femenina, a otros impartidos en poblaciones mixtas, hasta aquellos que, después de aplicar la intervención a chicos y chicas, han analizado únicamente los resultados referentes a ellas. Los programas han sido impartidos por varios ponentes presenciales o incluso por uno solo por vía informática; grupos reducidos, otros más amplios; proyectos multisesión, otros consistentes en una única intervención; dirigidos a un único sector de la población o ampliados a sus familias y apoyos; proyectos breves o largos; en horario escolar, en espacios de ocio... pero, en base a la experiencia de investigaciones previas ¿cuál sería el modelo ideal de programa? ¿se ajusta nuestro trabajo a ese modelo? ¿ha sido nuestro diseño investigador el apropiado?

Tomando como eje las recomendaciones de Stice y Shaw (Stice, Shaw, 2004; Stice, Shaw, 2007) para un mayor éxito en prevención primaria de TCAs, y reforzándolo con hallazgos de otros investigadores, encontramos un “patrón oro” de los programas preventivos que compararemos con nuestro diseño, comprobando si hemos cumplido los requisitos recomendados:

Formato de nuestro programa:	Directo e interactivo
Muestra a la que se dirige:	Población con riesgo, programa selectivo
Nº de sesiones:	Sesiones múltiples pero no excesivas (3-4 sesiones)
Instrumentos:	Instrumentos validados
Perfil del intervencionista:	Personal entrenado
Ubicación del estudio:	Medio escolar
Duración del seguimiento:	A corto y medio plazo (1 año)

FORMATO DEL PROGRAMA. Piedrola Gil (2008) recuerda que la OMS diferencia dos métodos en la educación sanitaria según la relación entre el educador y el educando: directos serían los programas dirigidos a individuos y grupos (diálogo, debate en grupo, charla, clase) y los indirectos, aquellos dirigidos a colectividades (prensa, folletos, radio, cine, Internet...). Señala que son los métodos directos los más eficaces, con mayor éxito aún de entre ellos del diálogo y el debate en grupo, siendo esta última una actividad pilar de nuestro programa.

Los efectos de intervención más intensos se han observado, fundamentalmente, en programas de tipo interactivo y no tanto en los didácticos. Parece que el interactuar y participar de manera activa en las sesiones de trabajo preventivo facilita a los sujetos participantes el involucrarse con los materiales y contenidos del programa, lo que probablemente facilita la adquisición de conceptos y habilidades, y motiva cambios de comportamiento y actitud (Stice, Shaw, 2004).

Investigadores dedicados a la prevención en otras áreas de salud también han llegado a la conclusión de que las intervenciones psicoeducativas son menos efectivas que las intervenciones que involucran activamente a los participantes y les enseñan nuevas habilidades (Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, 1993; Larimer, Crouse, 2002).

Tal y como recogimos en las encuestas postintervención, es el nuestro un programa interactivo, ameno e interesante, muy bien aceptado tanto por alumnos como por profesorado.

NIVEL DE RIESGO DE LOS PARTICIPANTES

A nivel general, los programas selectivos, esto es, aquellos dirigidos exclusivamente a sujetos con alto riesgo de desarrollar TCA, obtienen unos resultados más significativos y notables (Killen y cols, 1993). Incluso los resultados se mantienen con mayor duración en el tiempo en los programas selectivos que en los programas universales (aquellos dirigidos a toda la población) (Stice, Mazotti, Weibel, Agras, 2000).

De hecho, no es éste un hallazgo único en trabajos relativos a trastornos alimentarios, sino que en programas orientados a la prevención de otras patologías (depresión en Clarke y cols, 1995; ansiedad en Lowry-Webster, Barrett, Dadds, 2001; alteraciones de conducta en Stoolmiller, Eddy, Reid, 2000; y abuso de sustancias en Murphy y cols, 2001) mostraron mejores resultados al dirigirse específicamente a sujetos con sintomatología previa. La explicación a estos resultados estaría en que el malestar subjetivo que caracteriza a los sujetos de alto riesgo motivaría a estos participantes a involucrarse de una forma más efectiva en programas de prevención. Por otro lado, debemos tener también en cuenta el hecho de que en muestras universales los factores de riesgo y la frecuencia de trastornos alimentarios sean menores que en muestras seleccionadas. Esto podría atenuar el efecto de la intervención en las primeras.

Así pues, nuestro estudio cumple este primer criterio. En los siguientes dos puntos trataremos de justificar nuestra “selección”: hemos considerado población de riesgo una muestra mixta de adolescentes tempranos.

EDAD DE LOS PARTICIPANTES

Una vez decidido y justificado el interés en trabajar una prevención selectiva, debíamos seleccionar aquella población que consideramos que tuviera un alto riesgo de desarrollar un TCA. Empezamos por elegir la edad de los sujetos a los que dirigir nuestro estudio, si bien resulta éste un tema no exento de

controversia. Probablemente nuestra decisión de trabajar con adolescentes tempranos sea el punto más difícil de defender.

Como explicábamos cuando nos decantábamos por un modelo selectivo, los autores sugieren que los programas preventivos conseguirían mejores resultados si se aplicasen en las edades de mayor riesgo de aparición de la enfermedad (Maggs, Schulenberg, Hurrelman, 1996). También Stice y Shaw (2004) argumentan que trabajar con participantes en una edad con mayor riesgo de aparición de patología alimentaria puede hacer que se sientan más motivados para involucrarse en la intervención y, así, obtener mejores resultados.

La práctica totalidad de estudios e investigaciones coinciden en hablar de la anorexia como un trastorno que empieza en la adolescencia (Serrato, 2000). Situaremos el inicio de la adolescencia en el momento que comienzan los cambios puberales. En nuestro medio se data a los 10,5 años en niñas y 11,5 años en niños, y su duración se calcula en 3-4 años aproximadamente (Echauri, Pérez, Lainez, 1998). La edad más frecuente de aparición de la anorexia nerviosa, que supone un 80%, es entre los 14 y 15 años; pero debemos destacar que un 10% sufre dicha enfermedad antes de los 12, y otro tanto después de los 19. La bulimia nerviosa, sin embargo, aparece un poco más tarde, entre los 17 y los 18 años (Morandé, 1999).

Volviendo a la prevención, hay autores que son de la opinión de que en edades más tempranas la capacidad de abstracción puede ser todavía limitada y la capacidad de insight aún no estar desarrollada (Stice, Shaw, 2004), lo que disminuiría el beneficio de los programas preventivos. Stice, Pressnell y Bearman (2001) coinciden en esto, y consideran que las tasas de TCA en adolescentes tempranos son muy bajas.

Siguiendo en esta línea según la cual se descartarían las edades tempranas en la intervención preventiva, parece que también la estadística y los resultados pueden verse afectados por la participación de sujetos jóvenes, dado que la menor prevalencia de los trastornos y de los factores de riesgo en esas edades atenuaría también la capacidad preventiva del programa.

Sin embargo, existen numerosos autores con otro parecer. Encontramos investigadores que consideran que la influencia de los modelos estéticos está ya presente en edades tempranas y esto, unido a que el comienzo del trastorno de la conducta alimentaria es más frecuente en la adolescencia, señala la conveniencia de actuar entre los 9 y los 12 años (Río Sánchez, Borda, Torres, Lozano, 2002; Wade, Davidson, O'Dea, 2003). También Piran, tras una revisión de textos en 2005, afirma que la prevención primaria en niños resulta exitosa y ha contribuido a definir futuras líneas de investigación. Además está comprobado que el trabajar con sujetos de edades más avanzadas, con trastornos ya establecidos, disminuiría también la eficacia de la prevención, lo que explicaría que los programas preventivos pioneros tuvieran escaso éxito al administrarse a sujetos mayores (Smolak y cols, 1998).

La observación contemporánea está de acuerdo en que la anorexia debe ser entendida principalmente como un trastorno del desarrollo adolescente, resultado de una incapacidad de hacer frente a las demandas de desarrollo y en

particular a la necesidad de desarrollar su identidad personal, todo esto marcado por factores familiares, sociales y culturales que rodean la vida del adolescente (Serrato, 2000).

Además, la adolescencia es conocida como la etapa más vulnerable en relación con los problemas de imagen corporal, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Ramos, Rivera, Moreno, 2010). Como decimos, infinidad de textos coinciden en que los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan generalmente en esta etapa de la vida y suelen estar estrechamente vinculados con la dificultad para resolver conflictos ligados al proceso de emancipación y crecimiento (Garcés, 2005).

Y, una vez justificada nuestra decisión de centrarnos en adolescentes, vamos más allá: ¿por qué en la adolescencia temprana? Durante algún tiempo, los trastornos alimentarios han sido considerados raros en la etapa prepuberal (Thelen, Powell, Lawrence, Kuhnert, 1992) y, acorde a esto, las investigaciones en esta materia se han centrado en adolescentes y adultos. Sin embargo, estudios recientes revelan que una conducta alimentaria anómala, así como los factores de riesgo asociados con su desarrollo, emergen en la adolescencia temprana (Irving, 1999). Comportamientos en relación con el peso han sido identificados ya en niños de “4th grade” (cuarto curso de la escuela elemental, 9 años de edad) (Thelen, Powell, Lawrence, Kuhnert, 1992; Gustafson-Larson, Terry, 1992).

Otros plantean que a esa edad todavía no se ha estructurado una imagen corporal delgada (Shisslak y cols, 1998, Smolak, Levine, Schermer, 1998) y hay pruebas de que el ideal de belleza delgado es maleable previo a la pubertad (Sands y cols, 1997). De este modo, parece claro que prevenir en edades tempranas puede evitar la consolidación de creencias que acaben forjando un TCA (Smolak, Levine, Schermer, 1998).

En base a todo esto, la adolescencia temprana parece una etapa de la vida de mayor vulnerabilidad, momento en el que la tarea preventiva podría tener una mayor efectividad, lo que resultaba tremendamente trascendental de cara a la efectividad de nuestro programa. Esto, unido a los escasos trabajos existentes hasta la fecha centrados en esta edad, hace a nuestro proyecto prácticamente exclusivo en este aspecto.

SEXO DE LOS PARTICIPANTES

Según los trabajos llevados a cabo hasta la fecha, los efectos de la intervención parecen ser mayores en las muestras femeninas. Quizás esto esté justificado por el hecho de que las alteraciones de la conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres (Hoek, 2002; Peláez, Labrador, Raich, 2007), más aún en mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados (Martínez y cols, 1997). Quizás sea éste precisamente el motivo por el que se sientan más motivadas a comprometerse de una forma más efectiva en la intervención (Stice, Shaw, 2004). Suponen un grupo de mayor riesgo, por lo que, como

argumentábamos, la prevención obtendría mejores resultados.

No obstante, esta afirmación (la mayor efectividad de los programas dirigidos en exclusiva a mujeres respecto a estudios mixtos o en población masculina) queda cuestionada al objetivar la clara mayoría de trabajos llevados a cabo en mujeres.

Si bien es cierto que la proporción de TCA en el sexo femenino frente al masculino es de 9:1, informes recientes sugieren que se está incrementando el número de varones que desarrollan preocupación por adelgazar y musculares (Pope, Phillips, Olivardia, 2000) y que alrededor de un 15-20% de los chicos adolescentes intentan perder peso (French y cols, 1997). Sin embargo, escasos estudios hasta la fecha han trabajado la prevención con ellos, se precisan pues más investigaciones en ambos sexos que aclararen este punto.

Como decíamos, es la imagen de la mujer la mayormente vinculada al control del peso y búsqueda del ideal de belleza, y con ello, mayor la frecuencia en ella de trastornos de conducta alimentaria. De ahí que sean mayoritarios los estudios del tema centrados en el sexo femenino: en el siglo XX la mayoría de los estudios se llevó a cabo en mujeres, y por ende, la consolidación de los criterios diagnósticos de las psicopatologías alimentarias y de su etiopatogenia se basó en ellas. Son trastornos que, si bien en un primer momento afectaban casi exclusivamente a mujeres con edades comprendidas entre 14 y 25 años, en la actualidad se van extendiendo cada vez más a la población masculina. No existe duda para la investigación: el mayor número de personas que padecen trastornos de la alimentación son mujeres, pero el número de casos en varones parece multiplicarse en las últimas décadas e incluso en los últimos años ha aumentado su frecuencia en el sexo masculino (Serrato, 2000).

Para ello debemos otorgar importancia a los casos de enfermedad en varones. Surgen ya trabajos centrados en ellos y algunas pruebas sugieren que cada vez es más frecuente que los chicos presenten problemas relacionados con el control de peso (Law, Peixoto, 2002; McCabe, Ricciardelli, 2003). Para hacernos una idea: estos últimos autores señalan el nivel tan elevado que está llegando a tomar el descontento con la imagen corporal en los chicos, encontrándose que aproximadamente un tercio de ellos desea tener un cuerpo más delgado o fino, mientras que otro tercio desea un cuerpo más voluminoso y musculado. En recientes estudios se objetiva un incremento de la incidencia de TCA entra varones, que se sabe representan aproximadamente 10% de los casos femeninos (Clarkson, Riedl, 1997; Crispo, Figueroa, Guelar, 1996; Muise, Stein, Arbess, 2003; Nichols, Viner, 2005; O'Dea, Abraham, 2002).

Así pues, no debíamos descuidar en nuestro estudio el trabajo con adolescentes varones, más aún cuando hoy en día en las aulas españolas mayoritariamente estudian juntos chicas y chicos, por lo que hubiese podido suponer una "anormalidad" el sacar a estos últimos del estudio.

Además, tal y como comentan Petit- Pérez y cols (2002), entre las ventajas de trabajar con grupos naturales está el "no etiquetado" hacia las personas que se consideran con factores de riesgo y permitir la escucha de las opiniones de los adolescentes con actitudes y/o comportamientos saludables,

convirtiéndolos en modelos de salud idóneos y afianzando así la cohesión del grupo.

Si bien nuestros resultados orientan hacia la menor eficacia del programa en varones, consideramos que la baja incidencia de diagnóstico de TCA en este sexo hace precisa una muestra mucho mayor para que los resultados fueran representativos. No obstante, y pese a los resultados obtenidos, ratificamos nuestra decisión de aplicar el taller a una muestra mixta, al fin y al cabo, ambos sexos convivirán juntos: el ideal de belleza asumido por unos y otras, la influencia de los medios de comunicación, de la opinión de sus coetáneos, compañeros de curso... será algo inevitable en su día a día, por lo que consideramos imprescindible el trabajar sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de ambos sexos, sin prescindir de los varones aunque esto pueda haber mermado los resultados estadísticos de nuestro análisis.

NÚMERO DE SESIONES

En general, los programas breves son menos efectivos que los programas más largos con múltiples sesiones (Martz, Bazzinni, 1999). Parece ser que este efecto puede deberse al hecho de que al dividir el programa en varias sesiones permite a los participantes reflexionar sobre los materiales de la intervención entre ellos, y aumentar así la interiorización de los principios de los programas. Además, permite plantear en las sucesivas sesiones las dudas surgidas y solicitar consejo.

Por otro lado, facilita la cohesión del grupo al tratarse de encuentros repetidos, lo que favorece la integración y el apoyo, contribuyendo a unos resultados positivos en materia de prevención.

Sin embargo, no debemos perder de vista que programas demasiado prolongados encarecen su instauración, pueden resultar menos atractivos para los adolescentes y ser peor aceptados por las escuelas al interferir en los horarios de clase. Varios estudios hallados en revisiones resultaron efectivos con tan sólo 3-4 sesiones de duración.

En nuestro caso, todas las cuestiones consideradas de interés en proyectos anteriores de otros investigadores fueron tratadas en tan sólo 4 sesiones con los participantes, y una más con los padres.

Existen otros muchos programas con una duración mayor que el nuestro: 10 sesiones en el programa de McVey en 2003, otras 10 sesiones de Neumark-Sztainer en 1995, 10 más de Scime y Cook-Cottone en su Girl's Group, o las 8 sesiones del Student bodies de Winzelberg en 2000. Y en España: 8 sesiones de maganto en su PITCA, 7 sesiones de Solano en Educando en Salud y 10 sesiones de Jaúregui en 2010.

Igualamos en número de sesiones al programa de Rojo y al anterior programa del Dr. Ruiz y el equipo Zarima en 2000.

Superamos en número de sesiones a numerosos trabajos previos (en España, Jorquera en 2004 con una única sesión, posteriormente amplían a dos; Villena en 1997 con una única sesión; Raich en 2008 con tres sesiones... y en el

extranjero: Baranowsky en 2001 con dos sesiones; Becker y su Sorority body image program en 2005 con dos sesiones; las 3 ó 4 sesiones de Stice y su equipo en The body Project...). Los resultados de estos talleres más breves no fueron tan satisfactorios como los de programas más prolongados, si bien resulta difícil la comparación al hablar todo el tiempo de resultados calificados a través de diferentes escalas, con diferentes seguimientos, muestras, etc.

Sí podemos asegurar que la duración de nuestro taller fue bien tolerada por el profesorado sin que supusiese gran interferencia con el curso escolar.

Así pues, otro criterio más cumplido: programa multisesión y de duración no prolongada.

EMPLEO DE INSTRUMENTOS VALIDADOS

Resulta fundamental el uso de medidas fiables y empíricamente validadas. Es posible que los programas de prevención que empleen medidas empíricamente validadas den resultados más óptimos, quizás porque esas pruebas son más sensibles de cara a detectar los efectos de la intervención. Lo que es claro es que el uso de medidas no fiables podría provocar una infraestimación de los resultados de la intervención.

En nuestro caso la utilidad de los instrumentos que empleamos resulta sencilla de justificar: el EAT-40, así como su versión abreviada, son cuestionarios adecuados para la detección temprana de TCA en la población general. De los diferentes instrumentos desarrollados desde los años 70 hasta la reciente actualidad, el EAT-40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general, y como decíamos es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural (Garner, Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Garfinkel, 1982).

No obstante, a pesar de utilizar instrumentos de cribado siempre es necesario realizar entrevistas individuales para confirmar los diagnósticos de TCA. El hecho que los TCA se presenten en un continuo de gradación y gravedad variable hace esencial contar con un procedimiento que permita detectar los primeros signos para poder actuar con prontitud, de ahí el SCAN aplicado a continuación a los sujetos correspondientes como medida protectora del programa (Ruiz, 1999).

Si bien es todo un arsenal de escalas el disponible para su empleo en investigaciones sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria (Coping Strategies Inventory, Cuestionario de Influencias en el modelo estético y corporal, Perceived Stress Questionnaire...) (Jauregui y cols, 2010), consideramos que las seleccionadas en nuestro trabajo acompañando al EAT, con el objetivo de ampliar la información tras la intervención resultan apropiadas, y enriquecen los datos obtenidos.

PERFIL DEL INTERVENCIONISTA

Programas preventivos desarrollados por personal entrenado son más

efectivos que aquellos aplicados por “proveedores internos”. Esto podría explicarse porque los segundos tienen responsabilidades que dificultan la puesta en marcha de la prevención con fidelidad a los programas, tienen menos posibilidades de desarrollar la intervención con interventores entrenados y ellos mismos no pueden recibir la formación de la misma forma supervisada y detallada (Stice, Shaw, 2007).

En el apartado de Trabajos previos de prevención de TCA ya hemos citado al personal encargado de poner en marcha el trabajo de campo en otros programas: desde miembros del profesorado de los propios colegios participantes a los que se les facilita formación hasta profesional sanitario especialista en el tema... todos ellos coinciden en la necesidad de haberse formado en la materia específica a impartir.

Como hemos explicado, nuestro proyecto, al estar manualizado, puede ser reproducido por diferentes equipos de intervención: personal con interés y con base en salud en temas sanitarios y que, una vez entrenado, era capaz de aplicar el programa de forma sencilla, con un material adecuado y de fácil exposición con ayuda de los medios audiovisuales.

UBICACIÓN DEL ESTUDIO

Ya en 1975, el Dr. Gro Harlem Brundtland, ex primer ministro de Noruega, escribió un artículo donde consideraba que donde debía realizarse la mayor labor preventiva y de promoción de hábitos alimentarios saludables era en los colegios, basándose en que los adolescentes poseen muchas creencias erróneas acerca de lo que es una nutrición adecuada y los cambios corporales normales de la pubertad. La mayoría de los especialistas comparten la idea de que una adecuada prevención primaria debe tener como principal foco de intervención el ámbito escolar, por ser allí donde se encuentra el principal grupo de riesgo y no son pocos los investigadores que consideran las escuelas el mejor entorno para promocionar la salud, entre otras cosas, porque éstas pueden ofrecer acceso a la mayoría de adolescentes (Jaúregui, 2010). También McVey (2003) afirma que las escuelas son un importante campo hacia el que dirigir la promoción de la salud y los esfuerzos preventivos.

No obstante, encontramos trabajos localizados en otros medios, aunque no muy dispares, como residencias universitarias (Becker, Smice, Ciao, 2005) o centros deportivos (Whisenhaunt y cols, 2008)

Aún así, la escuela es la que suele considerarse como un ámbito ideal para realizar estos talleres, sin olvidar que el alumnado no constituye la única población diana, sino que existen figuras que son importantes en su educación en general, y por tanto son fundamentales en la educación para la salud (Ruiz-Lázaro, 2001).

El medio escolar es un pilar básico para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y por tanto de educación para la salud, entendiéndolo como un medio de capacitación para incidir en la salud y como un instrumento facilitador del cambio y mejora de factores medioambientales (Arasa y cols,

1991).

Partimos de todo ello al elegir este escenario para nuestro programa: gracias a él hemos llegado a una amplia y representativa muestra escolar, en un medio “real” y accesible en el que existen otras figuras de referencia (como el profesorado) a las que, en futuras réplicas del programa, podríamos incluir, haciéndolos partícipes de nuestras técnicas de prevención.

DURACIÓN DEL SEGUIMIENTO

Habitualmente se plantea la hipótesis de que a mayor periodo de seguimiento menor efecto del programa, pero son muy escasos los trabajos con seguimientos lo suficientemente prolongados para comprobar este punto. Los pocos llevados a cabo hasta la fecha corroborarían esta hipótesis: parece que la eficacia preventiva tiende a desaparecer a lo largo del tiempo, lo cual parece inevitable dada la presión sociocultural de nuestro entorno (Stice, Shaw, 2007). Pero ni tan siquiera este punto es tan claro: encontramos autores que no encuentran una mejoría inmediata tras la administración de sus talleres, pero sí que la observan pasados unos meses (Winzelberg y cols, 2000).

El seguimiento de los trabajos extranjeros suele alcanzar los 6 meses, incluso el año, como veíamos en el apartado 2.1, pero no debemos olvidar destacar los seguimientos mantenidos a los 2 años, incluso a los 3 años, que puede permitirse el potente equipo de trabajo de Stice en Estados Unidos.

Ciñéndonos a las posibilidades de nuestra nación, vemos que en España son muy escasos los trabajos que aportan seguimientos a medio-largo plazo: el nuestro, junto al anterior de Ruiz y el grupo Zarima en 2000, serían los dos únicos estudios con seguimientos que llegan al año (superado el actual por el citado programa del Dr. Ruiz en 2000). Le continúa en seguimiento el trabajo de Raich (2008) y la segunda fase del programa valenciano de Jorquera con 6 meses. Unos pocos más programas españoles realizan seguimientos al mes o a los tres meses, el resto se quedan en la evaluación postintervención.

Así, nuestro trabajo no sólo ofrece un seguimiento a corto plazo (inmediato) si no que además ofrece un seguimiento más prolongado (1 año). Hasta la fecha, los trabajos llevados a cabo por el Grupo ZARIMA, junto con el último de Jorquera, son los que han llevado a cabo un seguimiento más prolongado de todos los realizados hasta la fecha en España. Con ellos aportamos más datos al escaso soporte literario existente hasta la fecha en lo que a duración de los seguimientos se refiere.

6.2 DISCUSIÓN DEL CONTENIDO DEL PROGRAMA

Stice y Shaw sugieren que el contenido de los programas no resulta tan relevante a la hora de predecir los efectos de la intervención como la población a la que va dirigida (el perfil de participante) y el diseño de la investigación. No obstante, una adecuada combinación de ambos, junto a un adecuado contenido de las sesiones podría obtener unos efectos más potentes.

En general, el contenido específico de los programas previos de prevención varía tremendamente de unos a otros. Esto sugiere que son múltiples los diseños que pueden lograr un resultado exitoso. Sin embargo, se ha identificado que los contenidos con mayores logros en la intervención son las intervenciones cognitivas dirigidas a actitudes desadaptativas (como el ideal de belleza basado en la delgadez o la insatisfacción corporal), e intervenciones conductuales que rebajan conductas disfuncionales (como la rapidez en las ingestas o las sobreingestas) (Stice, Shaw, 2004).

Un tema que genera controversia es el de los programas que incluyen material psicoeducativo sobre la enfermedad: hay trabajos que aseguran que resultan menos eficaces, además de no lograr cambios conductuales en los participantes (Larimer, Cronce, 2002).

No es el nuestro un programa que se limite a la divulgación de material informativo y didáctico, si no que, orientado por las andanzas previas de investigadores anteriores (Echauri, Pérez Jarcute, Lainez, 1987-1997) buscaba un objetivo más ambicioso desde el punto de vista de la promoción de la salud. Intentamos, desde una perspectiva de salud y desarrollo personal, que los adolescentes desarrollen el máximo de habilidades y de recursos que les posibiliten un mejor cuidado de sí mismos, en concreto en cuanto al cuidado de su conducta alimentaria, y una mayor competencia personal y social.

Discutiremos a continuación la trascendencia para la prevención de TCAs de cada una de las variables y contenidos de las sesiones que conforman nuestro programa:

a) Nutrición y hábitos saludables

En los últimos años España ha experimentado cambios importantes y rápidos respecto a los hábitos alimentarios siguiendo la misma evolución que el resto de los países industrializados: se ha producido un incremento de conductas alimentarias alteradas en jóvenes (Paredes, 2005).

En primer lugar, ¿qué entendemos por alimentación equilibrada? Es aquella que permite a la persona mantener un óptimo estado de salud y realizar actividades cotidianas. Contribuye al bienestar corporal y al crecimiento personal global, fundamentalmente porque aporta las materias primas necesarias para que el cuerpo funcione, pero también por su significado psicológico y social, por su relación con el peso y la propia imagen y autoestima, porque es un instrumento de interrelación personal, etc (Echauri, Pérez, Lainez, 1998).

Los hábitos alimentarios del mundo occidental se caracterizan, cuantitativamente, por un consumo excesivo de alimentos superior, en términos generales, a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población y, cualitativamente, por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal.

Mediante la educación nutricional se pretende modificar el comportamiento alimentario de las personas, pues ésta constituye, pese a sus limitaciones, un instrumento eficaz para promover la salud y prevenir la enfermedad.

En nuestra sociedad se produce una enorme tensión causada por tres tipos de mensajes contradictorios, en relación con la estructura corporal: mensaje médico, mensajes estéticos y mensajes gastronómicos. La abundancia de alimentos, algunos muy atractivos, junto con el “mandato” social de tener que ser delgado, para ser aceptado, crea situaciones internas muy conflictivas que conducen a personas predispuestas (como bien hemos estudiado, la adolescencia es un periodo crítico) a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario.

En base a esto, era indispensable iniciar el programa trabajando con los participantes las bases de una alimentación saludable.

b) Imagen corporal

Según Schilder (1958) es “la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo”; para Slade (1988) “el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen”.

Las actitudes hacia la imagen que las personas tienen de su cuerpo constituyen un elemento central en la comprensión y el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario (Gasco, Briñol, Horcajo, 2010).

Una persona puede desarrollar (o está desarrollando ya) un problema alimentario cuando cree reducir las complicaciones de su vida obteniendo una apariencia delgada; cuando decide comer o no comer por motivos no relacionados con sus necesidades fisiológicas, sino para calmar la ansiedad, resolver de forma temporal su inseguridad y enfrentarse a la vida; cuando la apariencia es más importante que cualquier situación, cuando conseguir la delgadez deseada se convierte en la base de todas las decisiones; o la preocupación por el peso y la comida va impregnando todas las áreas de la persona (estudios, trabajo, relaciones, actividades diarias), y sobre todo, cuando sentirse bien emocional y socialmente depende de lo que se come, de lo que marque la báscula o de una talla de ropa (Calvo, 2002).

Los TCA se convierten en una forma de vida para muchas mujeres –y, como explicábamos, cada vez para más hombres–, con el fin de obtener una identidad mediante la apariencia corporal. El control de peso y la manipulación de la comida son los principales métodos para obtener una imagen corporal delgada que permita solventar o compensar sus conflictos psicológicos subyacentes (el sentimiento de falta de valía personal, la baja autoestima, la eliminación o control de las emociones, el miedo al rechazo o a las responsabilidades, las dificultades en las relaciones sociales, etc.) (Esteve Mas y cols, 2009).

Por todo ello, la imagen corporal es uno de los primeros aspectos a tener en cuenta en relación a la prevención de los TCA. Como señalan los criterios diagnósticos, es clave el papel de la sobrevaloración de la imagen corporal, sus distorsiones, etc. Lo más preocupante, sobre todo como factores de mantenimiento, son las distorsiones e insatisfacciones corporales. La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre

la talla o figura y la realidad observable (Ochoa, 2009).

En la sociedad actual predomina un modelo estético corporal extremadamente delgado. La interiorización de este modelo se forma a partir de los 5 años aproximadamente. Toda la sociedad (familia, amigos, profesores, medios de comunicación, etc.) somos un agente transmisor de gran importancia a través de comentarios, críticas, o bromas referidas al cuerpo y a conductas arriesgadas para el control del peso (Ochoa, 2009).

Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa tienen en común la extrema preocupación por la imagen corporal -relacionada con el peso, la forma corporal y la idea sobrevalorada de la delgadez (Raich, Torras, Mora, 1997)-, y recalcaremos que la insatisfacción con dicha imagen está presente en la mayor parte de la población adolescente (Espina y cols, 2001; Merino, Pombo, Godás, 2001). Trabajos previos enfatizan la relevancia de la imagen corporal a edades tempranas: Baile, Guillén y Garrido (1999) muestran que la insatisfacción, a unos niveles no patológicos, se mantiene constante desde los 13 hasta los 17 años, mientras que Rosenblum y Lewis (1999) encuentran que la insatisfacción corporal aumenta significativamente en las adolescentes de 13 a 15 años.

En definitiva, el paciente con TCA intenta crear un cuerpo perfecto que pueda controlar y dominar, y con el que considera que obtendrá éxito personal y aceptación social (Esteve Mas y cols, 2009). Así pues, era fundamental en nuestra intervención abordar la imagen corporal como un punto clave dentro del programa, puesto que está ampliamente comprobado que el sentirse a disgusto con la imagen constituye un factor de riesgo importante en los TCA (Polivy, Herman, 2002; Toro, 2004).

c) Adecuada crítica de los medios de comunicación

Los medios de comunicación realizan una importante función social: una enorme labor informativa, educativa y generadora de entretenimiento. También son garantes de la libertad de expresión y por ello, son uno de los pilares de la democracia. Dentro de las facetas de los medios de comunicación encontramos que también son divulgadores de los valores, modas y estereotipos de la sociedad actual (Maganto, Cruz, 2003).

Investigaciones sobre la influencia de los medios de comunicación en la insatisfacción corporal y la patología alimentaria indican que estos suponen un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones alimentarias y cuadros afectivos (Groesz y cols, 2002; Stice, 2002).

Y es que en el día a día nos topamos con imágenes que pueden suponer un riesgo de forma continuada. La multimillonaria industria de la belleza, presente cada día en los medios de comunicación, basa su existencia en el valor de la belleza y hace énfasis en la importancia del aspecto, es esto lo que sostiene una cultura basada en el consumo, en la que se plantea que cualquier problema puede ser resuelto comprando productos que mejoren el aspecto de uno (Wolf, 1990; Kilbourne, 1994; Thomsen, McCoy, Williams, 2001).

Analizando el papel de los medios de comunicación en los trastornos

alimentarios varios estudios señalan el peso cada día menor de modelos, actrices y otras “celebrities” ensalzadas como ideales de belleza y que pasean cada día en nuestros televisores. La prevención y el tratamiento de las patologías que nos atañen debería incluir, sin excepción, una adecuada educación en la crítica de los ideales estéticos impuestos por los medios, en la movilización y el activismo social (Levine y cols, 1999; Levine, Smolak, Schermer, 1996; Posovac, Posovac, Weigel, 2001; Steiner-Adair, Vorenberg, 1999).

Los medios que mayor riesgo tienen de transmitir contenidos negativos son probablemente los audiovisuales, así como la publicidad, puesto que es cierto que hoy en día la imagen impacta más en la sociedad y la apariencia cobra más importancia: de hecho, modelos, actrices, presentadoras, etc., se convierten en referentes sociales; y más en aquellos casos donde la personalidad no está debidamente asentada (Becker, Burwell, Herzog, Hamburg, Gilman, 2002).

El gran consumo de medios de comunicación con frecuentes imágenes “arriesgadas” es real. Siendo objetivos: se calcula que un 83% de las adolescentes americanas leen revistas de moda una media de 4,3 horas a la semana (Levine, Smolak, 1996) y revistas populares en los Estados Unidos dirigidas a adolescentes, como “Seventeen”, tienen alrededor de once millones de lectoras (Levine, Piran, Stoddard, 1999).

No son pocos los trabajos recientes que tratan de relacionar la exposición a los medios de comunicación con la insatisfacción corporal y las patologías alimentarias (Durkin, Paxton, 2002; van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon, Covert, 2002, Becker, Burwell, Herzog, Hamburg, Gilman, 2002) y ya son muchos los trabajos preventivos y terapéuticos centrados en la alfabetización mediática (Levine y cols, 1999; Levine, Smolak, Schermer, 1996; Posovac, Posovac, Weigel, 2001; Steiner-Adair, Vorenberg, 1999).

En estudios controlados se ha medido el grado de satisfacción corporal, el ánimo, la patología alimentaria, el deseo de delgadez y la autoestima antes e inmediatamente después de exponer a las participantes a imágenes de modelos en revistas de moda (Martin, Kennedy, 1993; Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel, Stuckless, 1999; Stice, Shaw, 1994). Los resultados demuestran como las mujeres expuestas a imágenes de delgadez procedentes de los medios experimentan un incremento del malestar emocional e insatisfacción corporal (Pinhas y cols, 1999; Stice, Shaw, 1994), si bien es cierto que otros no han hallado un efecto inmediato (Champion, Furnham, 1999; Martin, Kennedy, 1993). Entre los estudios sobre este tema, Posovac expuso a mujeres no satisfechas con su propia imagen a una breve presentación (7 minutos) psicoeducacional sobre la influencia de los medios de comunicación. Tras esta intervención, comprobaron como este grupo se veía menos afectado por la comparación social y menos afectado negativamente por imágenes de modelos que el grupo en el que no se había intervenido (Posovac y cols, 2001). También otros autores han encontrado beneficioso el proporcionar herramientas apropiadas a grupos de adolescentes para una adecuada interpretación de las imágenes y mensajes ofrecidas por los medios de comunicación (Martin, Gentry, 1997).

Podemos citar tres programas más de prevención en chicas adolescentes en los que incluyen trabajo sobre la influencia del medio, pero esta vez con resultados modestos (Irving y cols, 1998; Levine y cols, 1996; Levine y cols, 1999). Estos trabajos sí demuestran su efecto: mejoría en los conocimientos, una más apropiada visión de la delgadez como ideal de belleza y la imagen corporal. Sin embargo, no alcanzan sus objetivos de manera consistente.

No es sólo la importancia que a este punto dan los investigadores, sino que también los participantes los encuentran valiosos: en la evaluación de su trabajo, Maganto y Cruz (2003) encontraron que los participantes consideraban como uno de los temas más valorados la toma de conciencia sobre cómo la publicidad influye en la adquisición del modelo estético corporal imperante en las sociedades desarrolladas.

Dada la gravedad y magnitud de la patología que nos atañe, la necesidad de no fomentar y no aumentar el riesgo a través de los medios de comunicación ya trasciende, y existen propuestas de normativas muy explícitas que pueden mejorar, si se atienden, el tratamiento que los TCA reciben en los formatos publicitarios. Veamos:

- *Ley 1/2006, de 19 de abril, Ley del Sector Audiovisual en la Comunidad Valenciana*

En el artículo 28, párrafo 1º manifiesta que: “Son ilícitas, en todo caso, la publicidad en televisión y la televenta que fomenten comportamientos perjudiciales para la salud o la seguridad humanas o para la protección del medio ambiente; atenten al debido respeto a la dignidad de las personas o a sus convicciones religiosas y políticas o las discriminen por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, discapacidad, nacionalidad, opinión, o cualquier otra causa personal o social”.

- *Real Decreto 1430/1997 de 15 de septiembre*

En el artículo 4 sobre etiquetado, presentación y publicidad, en el párrafo 3º se dice: “El etiquetado, la publicidad y la presentación de productos alimentarios destinados a ser utilizados en dietas de bajo valor energético para la reducción de peso no contendrá ninguna referencia al ritmo o a la magnitud de la pérdida de peso a que puede llevar su consumo, ni a la disminución de la sensación de hambre, ni al aumento de la sensación de saciedad”.

- Por su parte, el *Reglamento del Parlamento Europeo* relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, obliga a que expresiones como “light”, “bajo en calorías”, “sin azúcar añadido”, o “sin materia grasa” se basen en pruebas científicas, contrastadas y reales.

Acompañando a los adolescentes en una adecuada crítica de la información recibida a través de los medios de comunicación, pueden ser capaces de forjar una opinión propia “sana”, pueden aprender a interpretar, pueden aprender que las imágenes que muchas veces nos impone el medio son “construidas” y que lo que ven no es necesariamente realidad (Steiner-Adair, Vorenberg, 1999). Resultaba por ello imprescindible trabajar este aspecto dentro

de nuestro plan de prevención.

d) Autoestima

Es casi imposible hablar de TCA, de imagen corporal y de la pobreza del mundo emocional sin hacer referencia a este concepto (Ochoa, 2009). Éste se puede definir como las percepciones que el individuo tiene del sí mismo o como la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo (Rosenberg, 1989). Y, en base a esto, parece que cambiar la percepción corporal va unido a sentirse más satisfechos con su cuerpo, lo que implica ser menos exigente consigo mismos y reducir la necesidad de intentar cambiar el cuerpo de acuerdo a los ideales sociales establecidos (Maganto, Cruz, 2003).

Los participantes en el programa de Maganto y Ruiz (2003) consideran que una buena autoestima actúa de elemento protector frente a los TCA. Por otro lado, está descrito un riesgo mayor en los adolescentes que presentan dificultades para valorarse a ellos mismos: aquellos con una baja autoestima, corren más riesgo (Lecina, 2008). Era fundamental para nosotros tratar este tema en una de las sesiones del programa.

Es obvio que la aspiración a un ideal de belleza en muchos casos irreal puede dañar la autoestima, por lo que reforzar este punto sería otro de los temas a trabajar.

e) Asertividad y habilidades sociales

Veamos en primer lugar como definimos estos dos términos: las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal, mientras que la asertividad es un concepto restringido, un área, que se integra dentro del concepto más amplio de habilidades sociales. La conducta asertiva es un aspecto de las habilidades sociales; es el «estilo» con el que interactuamos. Ambas repercuten directamente en la competencia social de un sujeto, tienen una contribución importante a su competencia personal puesto que hoy en día el éxito personal y social parece estar más relacionado con la sociabilidad y las habilidades interpersonales del sujeto que con sus habilidades cognitivas e intelectuales (García Rojas, 2010).

Yendo más allá, hay quien considera que la asertividad que forma parte de la autoestima, es un escudo que protegerá al niño de por vida (Castanyer, 2003) y cuyo principio es el respeto profundo del yo (Lazarus, Folkman, 1976).

Así, consideramos que eran dos aspectos importantes que debíamos trabajar con los adolescentes, más cuando otros autores los habían desarrollado ya con éxito en este campo: en 1986 Fundudis aplicó con éxito un programa de Terapia Multimodal en el que no sólo abordaba el problema del control de peso, sino todas aquellas cuestiones que parecían contribuir al trastorno, entre ellas el entrenamiento en habilidades sociales (Buceta, Bueno, 1990).

6.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación discutimos nuestros resultados de una forma organizada: recordamos y evaluamos, una a una, cada hipótesis y los resultados correspondientes.

I. Se espera hallar una población con riesgo de TCA (con puntuación en el cuestionario autocumplimentado de criba EAT-26 superior o igual al punto de corte de 20) entre un 4% y un 12%.

La población con riesgo hallada, esto es, la prevalencia del riesgo de padecer un TCA en la muestra estudiada es de un 9,5% (IC 95% 8,011%-10,987%). Está dentro del rango planteado en nuestra hipótesis.

La tasa de prevalencia de riesgo calculada para varones es de 7,8% (IC 95% 5,886%-9,708%) y para mujeres de 11,3% (IC 95% 8,998%-13,669%).

Comparando nuestros resultados con los de otros estudios nacionales citaremos a Sancho (2007) que calculó el riesgo de TCA en 12,94%, a Vega (2005), con un 7,8% de riesgo en población de entre 12 y 18 años y Beato (2004) con 13,1% para mujeres y un 3% en varones de 13 años de edad, que se transformó en un 11,3% para mujeres y un 1,8% para varones cuando cumplieron los 15 años. Podemos continuar con las cifras de Gandarillas (2004) con un 15,3% en mujeres y un 2,2% en varones. Gil (2007) publicó un riesgo del 11%, Pamiés de un 11,2% y Jaúregui del 18% para mujeres.

En cuanto al estudio previo de Ruiz se obtuvo en la primera fase un 16,32% de riesgo, lo que es preciso matizar puesto que en población de 12 años la cifra era de 7% con porcentaje similar para varones y mujeres.

Pese a tratarse de estudios, salvo el de Ruiz (1999a), con otras metodologías de trabajo (muestra y sistemas de muestreo, instrumentos empleados...), nuestra cifra de prevalencia de riesgo resulta similar a la de otros autores o ligeramente más baja. Podemos atribuir este punto a la edad de nuestros participantes (como ya ha sido ampliamente comentado, estudios anteriores señalan el mayor riesgo en poblaciones adolescentes que en edades más tempranas). Esto, junto al ajuste imputado a la media realizado a los cuestionarios ya comentado en el apartado de pérdidas podría dar una explicación a esta diferencia mínima, sin olvidar la tendencia a ocultar y falsear datos de los sujetos con riesgo o afectos, por lo que se podrían corregir nuestros resultados al alza.

II. Se espera encontrar que entre las adolescentes de 1º de la ESO de las tres ciudades estudiadas la tasa de prevalencia TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) esté en un intervalo entre un 1% y un 5%, con predominio de los TCA no especificados o atípicos (F50.1, F50.3, F50.9).

La prevalencia puntual de TCA hallada entre esta muestra poblacional de adolescentes tempranos varones y mujeres de diferentes comunidades autónomas es de 13/1558, el 0,8% de TCANE, atípicos o subclínicos, 13 casos que cumplen los criterios diagnósticos de un F50.9 según CIE-10 (IC 95% 0,351%-1,318%).

La prevalencia de TCAs en el sexo femenino, excluyendo los varones de la muestra, es de un 1,6% (IC 95% 0,635%-2,565%), está dentro del rango esperado. También la prevalencia hallada en varones (0,1%; IC 95% 0,003%-0,688%) coincidiría con las tasas halladas por otros autores para este sexo.

Todos los casos diagnosticados cumplían criterios de TCANE (F50.9).

Encontramos cifras mayores de prevalencia para Beato (2004) y Gandarillas (2004): 6,4% de TCA en mujeres y 0,6% en varones adolescentes. Sancho (2007) la cifra entre el 3 y el 4%. Rojo (2007) da el dato de 2,9% de TCAs; Morandé, Celada y Casas (1999) 2,76% de TCANEs en mujeres y 0,54% en varones; y Arrufat (2006) cifras parecidas de TCANEs alrededor del 2,3% y 3,4% en mujeres. Ruiz encuentra una prevalencia del 2,4% en mujeres de 12 años y del 1,6% en mujeres de 13 años. En todos ellos se pone de relevancia la mayor proporción de TCANEs.

A nivel internacional Van Hoek en México (2003) señala una prevalencia del 0,35% de TCANE en 1995 y 0,91% en 2002 en estudiantes universitarias. En EEUU Merikangas (2010) encuentra una prevalencia del 0,1% en una muestra de edad de 8 a 15 años. Machado (2007) en Portugal en población únicamente femenina de 12 a 23 años obtiene un porcentaje de TCANE del 2,3%.

Observamos así que otros estudios ofrecen cifras aproximadas a las nuestras en el caso de las mujeres. El hecho de que en algunos casos resulten superiores puede deberse a la edad de la muestra, a la sensibilidad del punto de corte, al empleo de diferentes herramientas diagnósticas y a la estimación de los valores perdidos.

III. Inmediatamente tras la administración del taller se espera obtener un porcentaje de sujetos con riesgo de TCA significativamente menor en el grupo intervención que en el grupo control (medido a través de EAT-26).

Inmediatamente tras la administración del taller no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA del grupo control y el grupo intervención.

En el grupo intervención hallamos un descenso postintervención en el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA del 2,3% respecto a la evaluación preintervención, no es un descenso estadísticamente significativo. En el grupo control el descenso es del 1,9%, tampoco es estadísticamente significativo.

Tras el taller, la puntuación media del cuestionario EAT-26 en el grupo intervención (6,78) sí es significativamente menor que la del grupo control (8,13) ($p=0,002$).

Llegados a este punto, debemos detenernos y asumir que este resultado, aunque optimista, dista de lo planteado en la hipótesis y también de lo obtenido por otros autores: la diferencia en el descenso de casos de riesgos entre grupo intervención y grupo control medido a través del EAT no es plausible inmediatamente tras la administración del taller. Tampoco encontramos relevante la diferencia si separamos la muestra en varones y mujeres, ni para un grupo ni para otro.

Sin embargo, si ampliamos el sentido de nuestra búsqueda (esto es, ya no sólo calculamos los diferentes porcentajes de sujetos con riesgo entre un grupo y otro en cada etapa, sino que analizamos la evolución de los porcentajes de sujetos con riesgo de cada grupo entre etapas, así como la evolución de las puntuaciones medias en cada grupo) los datos obtenidos sí van encaminados en la dirección deseada: las puntuaciones medias del EAT sí van descendiendo progresivamente a lo largo de las tres etapas tanto en el grupo en el que se ha realizado la intervención como de manera natural en el grupo control, pero obteniendo una puntuación media en el EAT significativamente menor ($p=0,002$) en el grupo intervención respecto al grupo control.

Encontramos también que el descenso del porcentaje de sujetos con riesgo entre la etapa preintervención y la postintervención que logran los varones del grupo intervención sí es significativo, y no el de los del grupo control.

Sin embargo, parece que otros autores sí consiguieron el efecto inmediato que nuestra hipótesis proponía: sus sujetos obtenían puntuaciones más saludables en las escalas empleadas tras los programas preventivos. Existe aquí una dificultad al tratar de comparar otros estudios con los nuestros, y es que, aunque todos hablamos de “prevención de TCAs”, de “prevención del riesgo”, de “reducir conductas desadaptativas hacia la comida”... cada investigador opta por unas medidas y escalas diferentes en su estudio, por lo que las comparaciones no pueden ser exactas y pocos trabajos hablan específicamente

de “sujetos con riesgo” tal y como identificamos nosotros mediante el EAT, sino que se refieren a “factores de riesgo” que identifican a través de otros cuestionarios. De cualquier manera, veamos cuáles eran sus resultados y a qué se puede deber la diferencia respecto a nuestro trabajo:

Scime y colaboradores (2006) finalizan con éxito su taller preventivo de 10 sesiones sobre un grupo de chicas preadolescentes. Inmediatamente tras su impartición obtienen mejorías significativas en las puntuaciones de las escalas de satisfacción corporal y Drive for Thinnes pertenecientes al EDI-2, y también en una de las dos cuestiones planteadas en relación a la influencia de los medios de comunicación. Como limitaciones importantes de este trabajo que en el nuestro se ven solventadas: no utilizan grupo control, se trata de una muestra muy reducida (45 chicas), y no hay seguimiento a largo plazo. Además, las participantes fueron reclutadas de manera voluntaria a través de invitaciones y anuncios, por lo que deducimos que se trata de chicas especialmente motivadas lo que puede suponer un claro sesgo de selección y favorecer sus resultados.

En el estudio de Stice, Marti, Shaw y O’Neil en 2008 las participantes obtienen mejoras en cuanto a insatisfacción corporal o en conductas bulímicas de un modo más o menos contundente según pertenecieran a un grupo de trabajo u otro (disonancia cognitiva/peso saludable), pero siempre con clara mejoría respecto al grupo control. No obstante, señalan que estos resultados no son tan claros en pacientes en los que no se había constatado un riesgo previo y, en algunos efectos (como la disminución de los síntomas bulímicos), la mejoría obtenida en el post-test desaparece a los 12 meses. De nuevo hablamos de un programa que utiliza escalas diferentes a las nuestras por lo que resulta complicado comparar resultados, y está dirigido únicamente a chicas que, una vez más, son reclutadas a través de anuncios y por ello, con una presumible alta motivación (sesgo de selección).

También Stice y su equipo finalizan con éxito su Body Project (Shaw, Stice, 2008), con el que logran reducir satisfactoriamente la aparición de síntomas alimentarios y obesidad frente a un grupo control. Y en el metanálisis que llevan a cabo en 2007 señalan que los programas preventivos logran reducir los factores de riesgo en un 51% y las futuras conductas alimentarias anómalas en un 29% (Stice, Shaw, Marti, 2007).

Los exitosos resultados de Becker y cols (2005) se obtienen también en un grupo compuesto exclusivamente por mujeres, en este caso universitarias. Consiguen disminuir las puntuaciones frente a un grupo control en cuestionarios referentes a la insatisfacción corporal y la patología alimentaria (aquí sí emplean EAT-26, además del Eating Disorder Examination Questionnaire, la Dutch Restrained Eating Scale, el Body Shape Questionnaire y la Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3) a través de un programa basado en la disonancia cognitiva y otro en la psicoeducación y los medios de comunicación (y sin diferencias significativas entre ambos programas). No logran reducir la delgadez como ideal de belleza. Se trata de una muestra pequeña (161 estudiantes) y sin seguimiento a posteriori.

Por su parte Santonastaso en 1999 reconoce que sus resultados son modestos: tras comparar al grupo intervención con el grupo control obtienen que, un año después de la intervención, los sujetos etiquetados inicialmente como de bajo riesgo no empeoran sus conductas bulímicas, en contraste con los sujetos de bajo riesgo del grupo control que sí lo hacen. Sólo la insatisfacción corporal mejora significativamente. Centran su trabajo, como sus colegas anteriores, en población adolescente exclusivamente femenina, la intervención consiste en 4 sesiones grupales de dos horas que aúnan la exposición teórica con el debate interactivo.

Tampoco obtienen el efecto esperado McVey y cols (2003) en su intento de replicar el programa “Girl talk” que tan exitoso les había resultado anteriormente. Como ocurre en nuestro trabajo, tanto el grupo intervención como el control muestran respuestas más saludables en la reevaluación. Buscan la explicación a estos datos en el grupo intervención: un número significativo de los miembros de este grupo estaban “preocupadas por el peso” previamente a la intervención, mientras que en el grupo control este dato no era significativo. En el seguimiento a los tres meses estos resultados se mantenían estables.

Ratifican lo complicado de obtener un cambio en el comportamiento hacia la comida los resultados del metanálisis de Pyran (2005): de 21 trabajos tan sólo 6 producían un cambio inmediato en el comportamiento (desconocemos las escalas empleadas en ellos), y de éstos tan sólo 4 mantenían ese cambio en el tiempo. Sin embargo, esos trabajos sí se mostraban efectivos en conocimientos, satisfacción corporal o en la internalización del ideal de belleza. Concluyen que en general los trabajos preventivos analizados obtienen resultados prometedores.

Otros metanálisis señalan (y esto sería extrapolable al resto de hipótesis pendientes de discutir) que en todos los trabajos analizados las variables estudiadas muestran mejorías. Sin embargo, la mayoría de los efectos hallados son pequeños, sin llegar a obtener la categoría de significativos (Langmesser, Verscheure, 2009; Fingeret 2007). Los efectos más destacados se observan en los talleres dirigidos a población específica de riesgo (Fingeret, 2007). Tras esta revisión vemos una vez más lo que ya planteábamos en el marco teórico: hasta la fecha la mayoría de los trabajos son optimistas, pero son menos los que finalizan en grandes éxitos.

Con todo esto ¿qué explicación podemos dar a nuestros resultados y a esos textos que hablan de un efecto inmediato de los talleres preventivos?

Para empezar, parece claro que los trabajos más exitosos son aquellos dirigidos específicamente a poblaciones con riesgo: mujeres ya en la adolescencia o incluso ya pasada, en algunos casos con una presumible motivación hacia el taller. Esto podría justificar que las diferencias estadísticas no hayan sido todo lo significativas que se esperaba: nuestro trabajo va dirigido a una muestra, aunque selectiva, amplia, mixta y de edades tempranas. Quizás nuestro empeño en dirigir el trabajo no sólo a grupos tan específicos de riesgo pueda considerarse excesivo y poco productivo a la vista de los resultados. Somos conscientes de que este aspecto puede alejarnos de nuestro objetivo en términos estadísticos, “empeorando” nuestros resultados. No obstante,

ratificamos nuestra decisión de invitar a miembros de la población general a participar en él a pesar de que esto haya podido restar potencia estadística a los resultados. Puesto que tanto varones como mujeres, con riesgo o no, han de convivir creando ambos y exponiéndose también ambos a factores externos que influirán en sus cogniciones y actitudes, consideramos fundamental que la prevención sea dirigida no sólo a grupos específicos de riesgo. Por tanto, nos reafirmamos en nuestra intención de promover la salud en ambos sexos y desde edades tempranas tal y como discutíamos en referencia a la metodología.

Por otro lado, la gran mayoría de los trabajos habla de “descender factores de riesgo”, no de disminuir “porcentaje de población con riesgo”; consideramos que lograr ese primer propósito resulta más sencillo que el nuestro. De hecho, como veremos más adelante, eso sí lo conseguimos. Y lo cierto es que si nos centramos en las puntuaciones medias del EAT, queda claro el descenso significativo de las mismas que se logra con la intervención.

Para continuar con la justificación de nuestro resultado, debemos adelantarnos aquí en la discusión. Recordemos que con el EAT medimos actitudes, comportamientos hacia la comida. Con las otras tres escalas empleadas (SCP, EDI y cuestionario de nutrición) valoramos conocimientos, cogniciones y factores de riesgo. Puesto que en las segundas el descenso en las puntuaciones sí resulta plausible nada más finalizar el taller (como analizaremos un poco más adelante), parece sensato el argumentar que, si bien el efecto en las cogniciones tras el taller es inmediato, quizás debamos dar algo más de tiempo a que los participantes en el taller estructuren esas nuevas cogniciones y, en base a ellas, transformen sus actitudes al cabo de un tiempo. Esto mismo ocurre en el trabajo de Winzelberg y cols (2000): los resultados son satisfactorios pero no inmediatamente después de la intervención, sino a los 3 meses. Por ello, parece indispensable no perder de vista a los sujetos y evaluar de nuevo esas actitudes más adelante, tal y como hicimos un año después y como analizaremos junto a la hipótesis que sigue. Parece que entonces, como veremos a continuación, los resultados sí son más optimistas.

Por último, es fundamental señalar que en ninguno de los resultados obtenidos hallamos un empeoramiento de las puntuaciones en el grupo intervención: lejos de lo que antiguos trabajos pudieran sugerir (Paxton, 1993; Haberlas, 1992; Villena, 1999...), nuestro taller no resulta en absoluto pernicioso. Y recordemos que aunque no obtenemos el descenso en el porcentaje de sujetos clasificados con riesgo en el grupo intervención frente al control tras la intervención, sí hay ya unas puntuaciones en el EAT-26 significativamente más “saludables” en el grupo intervención que en el grupo control. Ahora continuemos y veamos como evolucionan nuestros participantes en el tiempo...

IV. Se espera hallar que el porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención continúa siendo significativamente menor que en el grupo control a los 12 meses.

Los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA en grupo control (6,5%) y grupo intervención (5,1%) en el seguimiento son estadísticamente similares.

Estudiando la muestra por provincias, en el momento del seguimiento, sí encontramos una diferencia significativa en los porcentajes de sujetos con riesgo de grupo intervención y control en la muestra procedente de Santander (7,9% de sujetos con riesgo en grupo control frente a 2,5% en el grupo intervención).

El porcentaje de sujetos con riesgo de TCA en el grupo intervención descende un 3,5% entre la evaluación previa al programa y la evaluación al año. Este descenso del riesgo es estadísticamente significativo.

En el grupo control también encontramos un descenso estadísticamente significativo entre la evaluación preintervención y la evaluación en el seguimiento.

En el total de la muestra, encontramos significativa la diferencia entre la puntuación del EAT-26 de un grupo y otro al año de la intervención (el grupo intervención consigue una puntuación media en el EAT-26 significativamente menor que el grupo control al año del taller: 6,94 en grupo control frente a 5,99 en el grupo intervención; $p=0,019$).

De nuevo aquí, a bote pronto, el resultado no es la diferencia apabullante que hubiéramos deseado, pero los datos ofrecen ya información interesante:

- No sólo logra se logra un descenso del riesgo en el grupo intervención, sino que el grupo control presenta también una evolución favorable de manera natural. La adquisición de cierta madurez conforme aumentan en edad puede ser una de las explicaciones a este hecho. La otra justificación puede ser que, puesto que grupos control e intervención se encuentran en las mismas escuelas, los conocimientos adquiridos y los cambios experimentados por los miembros del grupo control pueden haber sido transmitidos a los del grupo intervención por el efecto contaminación o “stillover”.
- Si bien no conseguimos una reducción clara en el porcentaje de sujetos con riesgo en el grupo intervención respecto al grupo control, sí que obtenemos una vez más una mejora significativa en las puntuaciones del EAT-26. Y es que, analizando trabajos anteriores, es esto lo que estudian otros autores: la mejora en las puntuaciones y no en el porcentaje de sujetos con riesgo. Visto así, nuestro programa, en ese aspecto, obtendría el mismo éxito que trabajos anteriores.

No obstante, los resultados sobre la muestra completa no eran los deseados, por lo que decidimos estudiar esos resultados de una manera más pormenorizada en busca de una explicación. Y así llegamos a lo siguiente: nuestra muestra se centraba en tres provincias que decidimos estudiar por separado y fue de este modo como nos encontramos con que el taller sí obtenía los efectos deseados en una parte de la muestra: en la procedente de Santander (en el seguimiento el grupo control presenta un 7,9% de sujetos con puntuaciones con riesgo frente a un 2,5% en el grupo intervención, diferencia de porcentajes estadísticamente significativa, $p=0,02$).

Hemos argumentado ya el porqué del éxito en el seguimiento y no inmediatamente tras la intervención. ¿Pero qué ocurre en Santander y no en Santiago y Zaragoza?

Encontramos la explicación en la mortalidad de la muestra (apartado 5.2). La diferencia en la pérdida de sujetos entre los grupos control e intervención en Santiago y Zaragoza es significativa, pero no lo es en Santander. Los sujetos perdidos en Santiago y Zaragoza son porcentajes mayores en el grupo control, justo el grupo en el que pretendíamos encontrar un menor efecto del programa y, por tanto, porcentajes más altos de sujetos con riesgo en el momento del seguimiento que en el grupo intervención. Existe pues un claro sesgo de no respuesta, esto es, debemos tener en cuenta que existe un porcentaje de la muestra que renunció/interrumpió su participación al programa por motivos que desconocemos y cabe pensar que los sujetos perdidos sean aquellos con un mayor riesgo de TCA, por esa tendencia a minimizar, negar síntomas, ocultarse...que ya explicábamos al comienzo del texto. Atendiendo a esa sospecha, la parte de la muestra perdida podría tratarse de ese grupo de “mujeres con riesgo” que hubiesen puntuado como tales en el EAT, con lo que esperábamos que hubiesen incrementado el porcentaje de sujetos con riesgo del grupo control y, con ello, que la diferencia hubiese sido significativa respecto al grupo intervención en el seguimiento.

Y fijándonos de un modo más pormenorizado aún: a diferencia de otros trabajos en los que se habla de un “empeoramiento” de los sujetos del control a lo largo del tiempo (esto es, aumento de su porcentaje de sujetos con riesgo) frente a la mejora de los del grupo intervención, vemos que en nuestro caso ese “empeoramiento” no aparece, salvo en el caso de las mujeres del grupo control de Santander en el seguimiento (que pasan de ser un 12,6% con riesgo preintervención, a 10,6% postintervención, y a 13,6% en el seguimiento). Según trabajos anteriores, esto hubiera sido lo esperable si en los grupos control de las diferentes provincias no hubiese habido pérdidas significativas. Como decíamos, si recordamos que en el grupo control de Santander no ha habido pérdidas significativas en esta etapa, resulta más fácil entender que sea la única provincia en la que la diferencia entre un grupo y otro haya llegado a ser significativa.

Ocurre parecido en Zaragoza en la etapa postintervención, justo aquella en la que las diferencias de porcentajes de sujetos con riesgo entre grupo control y grupo intervención “casi” llegan a ser significativas ($p=0,05$): en el grupo control, el porcentaje de sujetos con riesgo sufre un incremento considerable, en

este caso en la etapa postintervención (de 9,5% sujetos con riesgo preintervención a 10,2% mujeres con riesgo postintervención).

Así, y analizando los resultados por provincias, vemos que el programa no obtiene cambios significativos entre los sujetos del grupo control y del grupo intervención en el momento del seguimiento en Zaragoza y Santiago, pero sí que es eficaz y lo consigue en la provincia de Santander (la única que no sufre unas pérdidas significativas) por lo que podemos decir que el taller resulta eficaz (esto es, disminuye al año los porcentajes de población clasificada con riesgo frente al grupo control) siempre y cuando la muestra permanezca inalterable, sin pérdidas significativas.

Y detallando más aún: al analizar la evolución de cada sexo en cada ciudad vemos que son las mujeres del grupo intervención de Santander las que proporcionan el éxito al programa, son ellas las que nos muestran unos porcentajes de riesgo de TCA significativamente menores que las del grupo control en el seguimiento (apartado 5.4.3). Tal y como señalaban ya tantos otros autores, lo esperable era que la eficacia del programa se demostrara en las mujeres, y, en ausencia del sesgo de no respuesta, así ha sido.

¿Con qué nos encontramos al echar un vistazo a trabajos de otros autores? Para empezar, vemos que no somos los únicos que han sufrido pérdidas relevantes en la muestra en el seguimiento: Jorquera, en 2008, conserva únicamente un 33% de la muestra a los 6 meses de la intervención. A pesar de ello (sesgo importante que resta fiabilidad a los resultados), las puntuaciones en el EAT-26 (que no los porcentajes de sujetos con riesgo, los cuales no calculan) se mantienen estables.

Por otro lado, como ya comentábamos al discutir la metodología, son escasos los trabajos que llegan a realizar un seguimiento a largo plazo. La gran mayoría, en caso de volver a estudiar la muestra tiempo después del postest, lo hace en breves periodos: al mes (Becker, 2005), a los 3 meses (Weiss, Wertheim, 2005, Wilksch, Durbridge, Wade, 2008, Mc Vey y cols, 2003)...

En el caso de los seguimientos prolongados, los resultados son de lo más variopinto: desde aquellos que, como nosotros, no obtienen un resultado satisfactorio inmediato pero sí en el seguimiento (Winzelberg y cols, 2000, Ruiz, 2000); aquellos otros que sí obtienen ese efecto inmediato pero desaparece en el seguimiento (Raich, 2008); y aquellos en los que el efecto inmediato se mantiene en el seguimiento pero algo más diluido (Stice, 2008). En el metanálisis llevado a cabo por Langmessaer y Verscheure (2009) se centran en 46 programas preventivos, tras cuyo análisis afirman que, incluso en aquellos en los que los cambios postintervención son escasos, estos perduran en el tiempo, tal y como señalan los resultados en el seguimiento.

Tratando de comparar nuestras cifras con las obtenidas en proyectos previos nos topamos una vez más con la misma dificultad que comentábamos antes: en cada uno se utilizan diferentes muestras, programas, instrumentos...en definitiva, se emplean diversas metodologías y, aunque se persigue el mismo objetivo (proteger de los TCAs), las hipótesis planteadas son también diferentes. Aunque todos son trabajos que hablan de prevención de TCAs, la comparativa

resulta ardua. Además, aunque muchos son los textos en los que se pretende incrementar en los participantes los factores de protección frente al TCA, mejorar la autoestima, disminuir conductas bulímicas u otras conductas alimentarias atípicas, etc, pocos plantean un objetivo tan concreto y, desde nuestro punto de vista, tan ambicioso como es el nuestro: disminuir el porcentaje de población con riesgo.

Así, en nuestra búsqueda de trabajos que planteen como nosotros esta hipótesis, tan sólo encontramos que hablen de “disminución en el riesgo de desarrollo de TCAs” de manera exitosa los siguientes: Student bodies (logra descenso del riesgo a los 3 meses), The body Project (logra descenso del riesgo de anorexia nerviosa, bulimia, trastorno por atracón frente a sujetos control a los 3 años), The Healthy Weight Intervention (logra descenso de la aparición de TCA y obesidad al año y de TCA a los 3 años) y la anterior puesta en marcha de nuestro programa por Ruiz en 2000 (logra descenso de población con riesgo de TCA en grupo intervención al año y a los dos años). Entre el resto, encontramos algunos que utilizan el EAT entre sus variables, pero vemos que estudian el descenso en sus puntuaciones, pero no el de los porcentajes de sujetos con riesgo.

Como decíamos, el hecho de que en cada trabajo se empleen diferentes metodologías dificulta nuestro empeño en comparar nuestras cifras con las de otros trabajos nacionales. Tan sólo encontramos tres en los que se trabaje con grupo control (Ruiz, 2000, Raich, 2008 y Jorquera, 2008). Salvo Ruiz (lo comentaremos en el apartado 6.3.1), ninguno de ellos habla de disminución de la población con riesgo ni de disminución de diagnósticos. Jorquera sí consigue, como nosotros, un descenso en la puntuación del EAT que se mantiene a los 6 meses. Raich no consigue descenso de puntuación en el EAT ni en postintervención ni en seguimiento.

Sin duda, esta hipótesis resulta mucho más difícil de ratificar: no se trata sólo de disminuir puntuaciones en cuestionarios (eso lo conseguimos como tantos otros), sino de disminuir porcentajes de población con riesgo. Quizás el miedo a los resultados poco gratificantes sea lo que desanime a otros investigadores a enfrentarse a ella, sin embargo, tenemos claro que nuestro fin último debe ser el conquistar esta hipótesis, por lo que no debemos dejar de plantearla y de trabajar en ella.

De cualquier manera, está claro que lo deseable es ya no un cambio inmediato en actitudes y comportamientos, sino que este cambio perdure en el tiempo. Nuestro trabajo demuestra que el taller propuesto puede conseguir no sólo ese cambio, sino también su durabilidad.

Como decimos, nuestros resultados no son tan aplastantes como hubiésemos deseado pero sí que, a la vista de trabajos anteriores, debemos considerarlos todo un éxito: en la muestra que no sufre pérdidas significativas en el tiempo el programa resulta eficaz al año en la disminución de los porcentajes de riesgo de TCA, algo que pocos trabajos han intentado, ningún otro taller en España ha conseguido y que muy pocos autores extranjeros han logrado.

V. Se espera encontrar que la tasa de incidencia (casos nuevos) de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) es menor de forma significativa en el grupo intervención (donde se aplica el programa preventivo ZARIMA) y no en el grupo control a los doce meses de seguimiento (en 2º ESO).

El programa no es eficaz en la prevención de diagnósticos: la incidencia no es menor al año de la intervención ni en el grupo control ni en el grupo intervención. Tampoco la diferencia en la incidencia de casos nuevos entre grupo intervención y control es estadísticamente significativa al año.

Según las cifras generales, el taller sería eficaz para prevenir conductas de riesgo, pero no evita el incremento en el número de trastornos según evoluciona la adolescencia. Ese desarrollo parece por el momento inevitable.

Intentamos comparar nuestros resultados con los de investigaciones previas: en el extranjero los trabajos hallados se centran en prevención primaria, no secundaria, por lo que no encontramos estudios de la incidencia del diagnóstico. Incluso en algunos de los trabajos en prevención primaria, las participantes con un diagnóstico previos de TCA fueron excluidas (Winzelberg y cols, 2000). Como decíamos, a nivel nacional sólo encontramos tres trabajos previos en los que se trabaje con grupo control (Ruiz, 2000, Raich, 2008 y Jorquera, 2008). Salvo Ruiz (lo comentaremos en el apartado 5.3.1), ninguno de ellos habla de disminución de diagnósticos.

Desde nuestro punto de vista resultaba interesante plantear esta hipótesis. Nos interesa disminuir el riesgo, pero con el objetivo último de reducir la tasa de diagnósticos. Además, el identificar los casos permite ofrecerles de manera inmediata su entrada en el circuito de tratamiento.

VI. Tras la aplicación del taller se espera hallar una mejora significativa en la satisfacción corporal (medida a través de la Escala de Satisfacción Corporal) en el grupo intervención y no en el grupo control.

Si analizamos la totalidad de la muestra, tanto el grupo control como el intervención muestran un aumento significativo en las puntuaciones de la SCP tras la impartición del taller (de 23,26 a 24,08 en grupo intervención; de 23,04 a 23,51 en el grupo control), esto es, ambos muestran una mejora significativa en la satisfacción corporal.

Si dividimos la muestra por sexos y procedemos así a su análisis, los números señalan una mejora significativa tanto en el grupo de varones ($p=0,000$) como en el de mujeres ($p=0,000$) del grupo intervención, pero también en los hombres y mujeres del grupo control ($p=0,004$ y $p=0,029$ respectivamente).

La satisfacción corporal es una de las medidas más frecuentemente analizadas pero suele obtener los cambios más pequeños (Langmesser, Verscheure, 2009; Fingeret, Warren, Cepeda, Gleaves, 2007; Piran, 2005). Y así ocurre en varios trabajos previos: por ejemplo, Weight to eat consigue cambio en hábitos alimentarios pero no en satisfacción corporal (Wilksch, Durbridge, Wade, 2008).

En nuestro caso, no ocurre exactamente así. Los cambios respecto a la satisfacción corporal (medidos a través de la SCP) resultan relevantes y positivos; lo que sucede es que surgen tanto en el grupo que se ha intervenido como en el que no. Pero no interpretamos esto como un fracaso del taller, sino que valoramos aquí la mejoría de los resultados del grupo control de una manera natural (quizás la propia madurez de los participantes), pero dejamos una puerta abierta más a otra posibilidad...¿podría estar ocurriendo que esa mejora objetivada en el grupo control sea consecuencia de la buena evolución de los sujetos de los grupos intervención? No olvidemos que todos ellos conviven en las mismas escuelas, compartiendo clases, recreos y posibles actividades extraescolares. Si la presión social sobre la imagen, el ideal de belleza, etc. sufre un cambio en el grupo intervención (y de forma contundente puesto que $p=0,0$), éste puede estar repercutiendo en el grupo control dada la estrecha convivencia que mantienen en el ámbito escolar, lo que puede explicar esa mejora significativa en las puntuaciones de sus cuestionarios.

Por otro lado, ya vimos que las pérdidas de sujetos en la cumplimentación postintervención de esta escala fueron significativamente mayores en el grupo control que en el grupo intervención. Así pues, sigue quedando la duda de hasta qué punto el sesgo por pérdidas en la muestra puede estar mermando la eficacia del programa en lo que a esta escala se refiere. El análisis de esas pérdidas provincia por provincia le daría un volumen a este texto nada deseable, por lo que dejamos su estudio para futuras publicaciones.

En la revisión de trabajos de Fingeret comentaban que, aunque la insatisfacción corporal era una de las variables más estudiadas y los resultados de los programas tras la intervención y en el seguimiento sugerían cambios positivos, los efectos en el seguimiento no llegan a ser significativos. En nuestro trabajo ha quedado pendiente la reevaluación de la satisfacción corporal en el seguimiento.

VII. Tras la aplicación del taller se espera hallar un descenso significativo en factores de riesgo (insatisfacción corporal e impulso a la delgadez, medidas a través de dos subescalas del Eating Disorder Inventory) en el grupo intervención y no en el grupo control.

Si analizamos la totalidad de la muestra, tanto el grupo control como el intervención muestran un descenso significativo en las puntuaciones de las subescalas aplicadas del EDI tras la impartición del taller ($p=0,025$ en grupo control, $p=0,000$ en grupo intervención), esto es, muestran un descenso de esos factores de riesgo.

Si dividimos la muestra por sexos y procedemos así a su análisis, los números señalan una mejoría significativa tanto en el grupo de varones ($p=0,002$) como en el de mujeres ($p=0,017$) del grupo intervención que no aparece ni en los varones ni en las mujeres del grupo control.

Entre los trabajos preventivos en los que se emplea la EDI encontramos el Girl Group del equipo de Scime. En él emplean con éxito las mismas subescalas que nosotros, aunque en este caso los resultados se obtienen en una pequeña y específica muestra (45 chicas adolescentes): las puntuaciones en insatisfacción corporal disminuyen significativamente ($p<0,1$) y también en impulso a la delgadez ($p=0,02$) tras el taller pero no existe un grupo control con el que poder comparar los resultados. También Weiss y Wertheim (2005) utilizan el EDI, en su caso 4 de las subescalas (añaden a las nuestras bulimia y conciencia interoceptiva) tratando de estudiar las posibles diferencias entre sujetos de alto y bajo riesgo previo: encuentran efectividad inmediatamente tras la intervención, principalmente en las participantes etiquetadas de alto riesgo, sin embargo el efecto no se mantiene en el seguimiento a los tres meses. La subescala impulso a la delgadez es empleada también por Winzelberg y cols en 2000: encontraron diferencias significativas entre grupo control e intervención tras aplicar un taller preventivo online. Jaúregui emplea también el EDI: obtienen descenso significativo en las puntuaciones de las chicas en el impulso a la delgadez, y en las chicas y chicos en la insatisfacción corporal tras el taller; no hubo cambios significativos en el grupo control.

Una vez más, la diferencia en nuestro caso frente a los programas de éxito es que el grupo control, estudiando la muestra en su totalidad, también muestra cambios significativos en el cuestionario. Igual que hacíamos en la hipótesis anterior, supondremos que los sujetos del grupo control se hayan podido beneficiar del taller a través de los cambios experimentados por sus compañeros de escuela del grupo intervención. El hecho de que pocos trabajos preventivos de los que nos preceden hayan empleado grupo control al valorar estos factores de riesgo dificulta la comparativa con otras poblaciones. Además, recordamos que también en este cuestionario hubo una diferencia en el

porcentaje de sujetos perdidos por el grupo control y el grupo intervención que resultó ser significativa, lo que podría estar minimizando los resultados.

VIII. Tras la aplicación del taller se espera hallar un aumento significativo de los conocimientos nutricionales (medida a través de un cuestionario en nutrición) en el grupo intervención y no en el grupo control.

Tanto los varones como las mujeres del grupo intervención muestran un aumento significativo en las puntuaciones del cuestionario de nutrición tras la impartición del taller ($p=0,000$ para la totalidad de la muestra, para el grupo de mujeres y para el grupo de varones).

Sorprende el hallazgo de una mejora, también significativa, de los conocimientos de las mujeres pertenecientes al grupo control en el cuestionario postintervención ($p=0,000$).

Aquí sí que no hay duda ni discusión con trabajos previos: los programas preventivos tienen su repercusión más notable en el nivel de conocimientos nutricionales de los participantes (Langmesser, Verscheure, 2009, Fingeret, Warren, Cepeda-Benito, Gleaves, 2007). Como ya apuntaban otros, parece que el incremento en los conocimientos alcanza su punto álgido justo tras la intervención, descendiendo en el seguimiento aunque todavía por encima de las puntuaciones en el cuestionario entregado preintervención.

Respecto a esta hipótesis, nuestro trabajo no hace más que incrementar el número de investigaciones que certifican el efecto claro de estos talleres en el aumento de conocimientos de los participantes.

En referencia a las mujeres del grupo control que demuestran espontáneamente un incremento de puntuaciones supondremos que, por tratarse del grupo por antonomasia sometido a la presión social y a cumplir unos cánones de belleza regidos por la delgadez, cabe entender que su interés por alcanzarlos les haya llevado, fuera del taller impartido, a incrementar esos conocimientos de manera autodidacta. Confiamos también en la posibilidad de que hayan sido sus propios compañeros de escuela, miembros del grupo intervención, los que se los hayan transmitido (sesgo de contaminación o “stillover”).

IX. Se espera hallar que las mejoras obtenidas en el grupo intervención en conocimientos nutricionales, satisfacción corporal y conductas alimentarias saludables son significativamente mayores que en el control.

Las puntuaciones del cuestionario de nutrición administrado tras el taller son significativamente más altas en los sujetos del grupo intervención que en los del grupo control ($p=0,000$), lo que determinaría un aumento en los conocimientos nutricionales del primer grupo respecto al segundo.

Las puntuaciones del SCP tras el taller son significativamente más altas en las mujeres del grupo intervención que en las del grupo control ($p=0,014$), lo que determinaría una mejoría en la satisfacción corporal del primer subgrupo respecto al segundo. Esa diferencia no es estadísticamente significativa al estudiar a los varones ($p=0,507$).

Las puntuaciones de las dos subescalas administradas del EDI tras el taller son significativamente más bajas en las mujeres del grupo intervención que en las del grupo control ($p=0,027$), lo que determinaría una mejoría en factores de riesgo del primer subgrupo respecto al segundo. Esa diferencia no es estadísticamente significativa al estudiar a los varones ($p=0,598$).

Ahora sí que, tras el taller, observamos felizmente una mejora significativa en la satisfacción corporal y un descenso de los factores de riesgo (insatisfacción corporal e impulso a la delgadez) de las féminas del grupo intervención respecto a las del grupo control. Parece que el ahínco del equipo de trabajo en las sesiones referentes a este tema ha sido fructífero, especialmente en mujeres, el grupo de la muestra de mayor riesgo.

Aunque previamente habíamos objetivado una mejora significativa en las puntuaciones de los cuestionarios tanto de varones como de mujeres vemos ahora que esos cambios simultáneos en las puntuaciones de varones de grupo control y grupo intervención, evolucionaban de una forma tan similar que no hemos llegado a percibir diferencia final en aquellos que participaban en el taller. Donde nuestro programa demuestra su efectividad en lo que a factores de riesgo se refiere es en las mujeres, como tantos autores ya comprobaban anteriormente.

En cuanto al cuestionarios de nutrición debemos reconocer aquí que las diferencia de inicio entre mujeres de grupo control e intervención ya eran, por muy poco, pero diferentes significativamente ($p=0,048$). En nuestro favor decir que esa diferencia, cogida “por los pelos” previamente a la intervención, pasa a ser mucho más clara tras la impartición del taller ($p=0,000$).

X. Se espera hallar una mayor eficacia del taller en aquellos sujetos considerados inicialmente con riesgo que en los sujetos sin riesgo (clasificados con riesgo o sin él según su puntuación inicial en el EAT) tras su administración.

Tanto los varones clasificados inicialmente sin riesgo como con él, pertenecientes a grupo control e intervención, logran un descenso de puntuación significativo tras el taller.

Las mujeres clasificadas inicialmente con riesgo logran un descenso significativo de puntuaciones en todas las etapas (tanto en grupo control como intervención), pero no así las mujeres sin riesgo inicial (únicamente consiguen descenso significativo entre pre y postintervención aquellas del grupo intervención).

Las diferencias de puntuaciones logradas son mayores para los sujetos con riesgo que para los sujetos sin riesgo.

En el momento del seguimiento, los sujetos con riesgo inicial pertenecientes al grupo intervención logran una diferencia de puntuación respecto al grupo control próxima a resultar significativa ($p=0,09$) que no existía previamente a la intervención y que no logran los sujetos sin riesgo ($p=0,24$).

La evolución de la puntuación del EAT se ve influenciada por el factor momento x condición “sujeto con riesgo/sin riesgo”.

Stice y sus colaboradores tienen claros datos al respecto en su estudio de 2008: los efectos de sus programas de prevención (disonancia cognitiva y “peso saludable”) fueron significativamente más intensos en aquellos sujetos que inicialmente tenían sintomatología bulímica y distrés acerca de la imagen corporal. Consideran que el hecho de que estos sujetos tengan una mejor adhesión al programa puede deberse a su mayor motivación y deseo por atenuar los síntomas. Existen otros trabajos previos (Celio y cols, 2000; Franko y cols, 2005; Taylor y cols, 2006; Fingeret y cols, 2007; Weiss y cols, 2005) que ratifican este hecho: los trabajos preventivos generalmente son más potentes en aquellos individuos con riesgos elevados. Los metanálisis registrados también indican que la intensidad de los efectos es mayor en programas selectivos dirigidos a pacientes de riesgo que en otros universales, tanto en programas preventivos de trastornos alimentarios (Stice, Shaw, 2004; Shaw, Stice, Black, 2009), como de prevención de obesidad (Stice, Shaw, Marti, 2006) o de depresión (Horowitz JL, Garber J, 2006). Incluso en el metanálisis de Langmessaer, Verscheure (2009) no sólo la población de riesgo obtenían mejorías más notables en relación a la dieta, sino que incluso en referencia al ideal de belleza, era la “población sintomática” aquella con puntuaciones más saludables postintervención, incluso más que la “población con riesgo” o la “normal”. También en la investigación de Jorquera (2008) los resultados señalan un mayor

beneficio del taller en “población subclínica” que en “población normal”. Esto es así en cualquiera de los cuestionarios administrados (EAT-40, EAT-26, CIMEC, ASI y MBSRQ-AS) y en cualquiera de las dos fases de su estudio (tanto en la muestra mixta como en la muestra exclusivamente femenina).

No obstante, otros se topan con unos hallazgos totalmente contrarios: Santonastaso y su colaboradores encuentran su trabajo preventivo significativamente más efectivo (esto es, reduce significativamente la insatisfacción corporal y el riesgo de conductas bulímicas) en los sujetos etiquetados previamente como de bajo riesgo a través del EAT y del EDI que en los sujetos con riesgo.

Por su parte, Becker (2005), no identifica el riesgo como moderador del efecto de la intervención, ni en un sentido ni en otro.

Nuestros resultados se hayan próximos a corroborar lo escrito por los primeros autores pero sin confirmarlo de un modo contundente.

¿A qué puede deberse? El hecho de que se trate de programas dirigidos a muestras seleccionadas de población (exclusivamente mujeres, en torno a los 15 años, edad más elevada que nuestros adolescentes tempranos...) puede tener mucho que ver. Podría ser conveniente plantear nuestro trabajo con una muestra más amplia de sujetos de riesgo para alcanzar unos resultados definitivos. De todos modos, ya sólo en nuestros resultados orientados según el sexo, las cifras apuntan también en esa dirección. Quizás en otras edades, los resultados hubiesen sido más claros. Por otro lado, las escalas utilizadas por autores anteriores (como es el caso del citado estudio de Stice, Marti, Shaw y O’Neil en 2008) son adaptaciones de otras e incluso alguna de la cosecha de los propios investigadores, lo que puede restar fiabilidad a sus estudios.

5.3.1 RESPECTO AL PROGRAMA PILOTO

Respecto a la investigación de Ruiz en 1999, el trabajo actual abarca una muestra 3 veces más amplia, incluyendo población procedente de dos municipios más (Santander y Santiago de Compostela). La duración y los contenidos del programa son los mismos. En cuanto a las escalas empleadas son las mismas pero suprimimos el empleo de los cuestionarios de autoconcepto y asertividad, CIMEC y SATAQ.

En cuanto a los resultados:

- La prevalencia de riesgo hallada en 1999 es de 7,6% tanto en grupo intervención como en grupo control. La prevalencia de riesgo de nuestra muestra está en 9,5%, encontramos por tanto un aumento en la prevalencia del riesgo. Como ya adelantábamos en la introducción, los TCAs son un diagnóstico al alza en las últimas décadas, por lo que este aumento en el riesgo hallado años después del primer taller no hace más que corroborarlo.
- La prevalencia de diagnósticos calculada en 1999 es de un 2,6% para mujeres frente a un 0% en varones. En 2007, la prevalencia de casos está en 1,6% en mujeres frente a 0,1% en varones. Disminuye por tanto la

prevalencia de diagnósticos en mujeres pero aumenta en varones. Como también apuntábamos en la introducción, la presión social y de los medios va cercando cada vez más a los varones, explicando así el aumento de sus cifras. Nos llama la atención el descenso en la tasa de mujeres diagnosticadas: nos aferraremos una vez más a que pueda deberse a la no participación de algunas de ellas, puesto que sospechamos que se pueda tratar de sujetos, cuanto menos, con alto riesgo.

- En el programa piloto, el porcentaje de sujetos con riesgo de los miembros del grupo intervención al año de la aplicación del taller (4,1%) es significativamente menor que el del grupo control (10,5%). En nuestro trabajo, el porcentaje de sujetos con riesgo al año en la muestra total (5,1% de sujetos con riesgo) no difiere significativamente del porcentaje del grupo control (6,5%). Como decíamos, tan sólo logra esa diferencia estadísticamente significativa en la muestra procedente de Santander: 7,9% en grupo intervención frente a 2,1% en grupo control, única población en la que no hay un sesgo por pérdidas.

Sorprende de nuevo que, en nuestra réplica, el grupo control no muestra un aumento de los porcentajes de sujetos con riesgo a lo largo del tiempo (tan sólo en las mujeres de Santander en la medición postintervención), algo que sí experimenta el grupo control del programa piloto (pasa de un porcentaje de sujetos con riesgo del 7,8% al 10,5% en el seguimiento al año). Todo ello parece atribuible una vez más a nuestra pérdida significativa de sujetos en el grupo control.

- En cuanto a las puntuaciones medias del EAT-26 vemos que en el programa piloto el grupo intervención pasa de 8,1 preintervención a 6,6 postintervención, y el grupo control de 7,4 a 6,3. En nuestra réplica el grupo intervención pasa de 8,33 a 5,99 y el grupo control de 9,16 a 6,94.
- Si bien en el programa piloto el grupo intervención obtiene un descenso significativo en la tasa de incidencia de TCA que no era objetivada en el grupo control, en nuestra réplica no se consigue.
- Respecto a la escala de satisfacción corporal, en el programa piloto el grupo intervención pasa de 22,1 preintervención a 22,5 postintervención, y el grupo control desciende de 22,3 a 22,1, cambios que no son significativos. En nuestra réplica la puntuación media del grupo intervención asciende de 23,2 a 24 tras el taller; el aumento de puntuación en el grupo control va de 23 a 23,5. En nuestro caso tanto el grupo control como el intervención, obtienen una mejora significativa (quizás atribuible al efecto contaminación o “stillover”).
- En el programa piloto, el EDI del grupo intervención disminuye su puntuación de un 9,23 a un 7,59, mientras que el grupo control desciende de un 7,91 a un 7,88, no son descensos significativos. En nuestra réplica, la puntuación preintervención del grupo intervención pasa de 8,14 a 7,32 postintervención; la del grupo control de 8,85 a 8,35, son descensos significativos para ambos grupos al estudiar la muestra en su totalidad.
- En cuanto al cuestionario de nutrición las puntuaciones medias del

programa piloto para el grupo intervención aumentan de un 5,5 a 7,1 tras el taller (cambio estadísticamente significativo); en el grupo control se mantienen en un 6,3. En nuestro trabajo el grupo intervención aumenta el 6,37 de su puntuación preintervención a 7,24. Tanto en el programa previo como en nuestra réplica las puntuaciones de los cuestionarios mejoran significativamente en el grupo intervención y no en el grupo control tras administrar el taller.

- En el programa piloto, la eficacia del taller desaparece en el seguimiento a tres años: la diferencia del porcentaje de sujetos con riesgo del grupo intervención (3,5%) y el grupo control (6,7%) deja de ser significativa. En nuestra réplica no conseguimos mantener el seguimiento a tan largo plazo.
- Cálculos como los de la influencia del riesgo de los participantes en la eficacia del trabajo son resultados innovadores en nuestro estudio frente al trabajo piloto.

En definitiva, pese a ser nuestro trabajo una réplica fiel del programa piloto de 1999, nuestros resultados, en algunos aspectos, no son tan exitosos. Encontramos varias explicaciones:

Por un lado resulta ambicioso el perfil multicéntrico de nuestra réplica y su amplia muestra (triplicando la inicial) lo que hace que aumenten también las dificultades metodológicas (mayor equipo de trabajo, con mayores esfuerzos estandarizadores...). Por otro, y volvemos de nuevo a nuestro sesgo principal: en nuestra amplia muestra ha habido una diferencia de pérdidas significativa entre grupo control e intervención, y consideramos que entre el alto número de sujetos control perdidos podrían encontrarse aquellos que hubieran proporcionado el éxito a nuestros resultados, los sujetos de mayor riesgo. De hecho, es ésta la diferencia con la que nos topamos con mayor frecuencia: mientras el grupo control del programa piloto evoluciona de forma negativa, nuestro grupo control, mayormente, evoluciona paralelamente al grupo intervención: sus puntuaciones son cada vez más saludables aparentemente de forma espontánea (aunque como ya hemos comprobado, generalmente no tanto como las del grupo intervención). Como decimos, consideramos que si este grupo control no hubiese sufrido esas pérdidas, probablemente sus puntuaciones no serían tan “saludables” en su evolución, y se hubieran hecho así patentes las diferencias entre un grupo y otro tras el taller (tal y como ocurre en el grupo de Santander, el único sin pérdidas significativas, al estudiarlo aisladamente).

6.4 PUNTOS FUERTES

Al margen de las recomendaciones de Stice y Shaw (2004 y 2007) y otros, consideramos que existen otra serie de puntos fuertes en nuestro estudio que merecen ser señalados. Veamos:

- Utilizamos material audiovisual (transparencias, diapositivas, vídeos) que ayuda a mantener la atención y anima a la participación interactiva (Maganto, Cruz, 2003).
- En programas anteriores de otros colegas, los grupos de trabajo estaban compuestos por unos 8-15 sujetos aproximadamente; en esos casos, los propios participantes preferían un mayor número de sujetos para que las dinámicas fueran más ricas y variadas (Maganto, Cruz, 2003). Consideramos así que los 30 componentes aproximados de nuestros grupos de intervención sería el número apropiado. Además, la división en subgrupos para algunas dinámicas les otorga una mayor oportunidad de expresar personalmente sus ideas y sentimientos.
- Al aunar varios tests de cribado conseguimos una alta potencia de detección de casos.
- El empleo de un estudio piloto proporciona una mayor garantía de éxito.
- Es el nuestro un trabajo de bajo coste económico para los colegios, ya que sólo tienen que proporcionar las instalaciones.
- Se trata de un programa de fácil realización (una vez adquirido el adiestramiento necesario su aplicación es sencilla) y reproducible por diferentes equipos de intervención, tal y como recomienda Villena (1997).
- Su buena aceptación: se trata de un taller diseñado con animaciones, ameno, coloquial y didáctico y que usa procedimientos variados (coloquios, vídeo, diapositivas).
- Se cuida el no provocar daño o rechazo en ninguno de los asistentes, cuidando la selección de imágenes, formas y contenidos. Evitamos información que otros autores han valorado que puede ser perjudicial, como por ejemplo, dar información sobre qué es un trastorno alimentario, cómo se inicia, formas inadecuadas de perder peso, personajes conocidos que lo han padecido, etc.
- Incluimos sesiones dirigidas a los padres: antes de 1970 los diferentes abordajes terapéuticos de los trastornos de la alimentación eran básicamente de tipo individual y se separaba a las pacientes de sus padres sin hacerles intervenir en el tratamiento. En los años 50, algunos psicoanalistas empezaron a experimentar con la implicación de los padres en el tratamiento de trastornos infantiles que no mejoraban si el entorno familiar continuaba igual, y algunos terapeutas incluyeron a las madres en el tratamiento de niños y adolescentes anoréxicos (Spirling, 1950; Spirling, 1978).

Los participantes en el programa de Maganto y Ruiz (2003) consideran que la valoración y ayuda de padres y amigos actúan de elemento protector frente a TCA, por lo que la inclusión de las familias en el programa puede contribuir al éxito del mismo. Sabemos que entre los

padres se dan actitudes de negación o de alarma excesiva, que pueden generar una presión excesiva dando lugar a actitudes de rebeldía o de chantaje (Villena, 1999), por lo que el tipo de información que deben recibir los padres acerca de los síntomas ha de ser diferente con el fin de que puedan identificarlos precozmente en sus hijas e hijos, y así se hizo.

De esta manera, en cuanto a educación para la salud, es importante prestar atención a los adolescentes y jóvenes pero sin olvidar a padres y educadores. Simultáneamente se deben conseguir cambios de comportamiento del núcleo familiar, reforzado todo ello por campañas de información dirigidas al público en general (Ruiz, Ruiz, 1995; Ruiz, Ruiz 1998a, Ruiz, Ruiz, 1998b).

No somos los únicos en la inclusión de familias, son varios los investigadores que reconocen el papel fundamental de padres, profesores, entrenadores... en el entorno social de los adolescentes (Jaúregui, 2010), por lo que consideran que deben ser incluidos en cualquier intervención (Austin, 2000).

Por ello, en nuestro trabajo, pretendiendo obtener una mayor consistencia en el objetivo preventivo y siendo conscientes de lo importante de concienciar a las familias del riesgo, se ofreció a los padres su participación como asistentes a prácticas en grupo de educación en la adolescencia dirigidas exclusivamente a ellos.

- Nuestro programa ofrece además prevención secundaria: la detección temprana de casos y facilita su inmediata derivación a centros especializados.

6.5 LIMITACIONES

Hay importantes limitaciones en este trabajo como en cualquier investigación epidemiológica difíciles de subsanar:

- Miembros de la comunidad por ética pueden cuestionar el empleo de un grupo control. Sin embargo, consideramos ideal el diseño con grupo control para controlar amenazas a la validez interna (por ejemplo, sesgo de selección).
- Los resultados de nuestro estudio pueden no ser extrapolables a adolescentes de otras nacionalidades, dadas las diferencias transculturales en lo que a hábitos alimentarios, imagen corporal, etc. se refiere. De cara a investigar este punto en futuros trabajos y conscientes de la diversidad cultural española actual, solicitamos a los miembros de la muestra que indicaran su país de origen en la tarjeta asociada al cuestionario. A día de hoy, los datos recogidos no han sido todavía estudiados. Se deben valorar estos aspectos en futuros trabajos para hacer los resultados del nuestro, así como el programa de intervención, aplicables a adolescentes de otros países y/o culturas.

- Se podrían criticar las dificultades para garantizar el anonimato del estudiante utilizando un código, pero era necesario para rescatar a los individuos que debían pasar luego por la entrevista diagnóstica.
- El diagnóstico en doble fase puede generar controversia. Entre los contras de esta estrategia algunos autores (Peláez, Labrador, Raich, 2005) han señalado: dificultad para asegurar el anonimato, posible pérdida de sujetos durante el transcurso temporal entre la primera y la segunda fase, sesgos debidos al instrumento de barrido utilizado, gasto y esfuerzo personal y económico al tener que entrevistar uno a uno a todos los sujetos de la muestra, que las entrevistas se realizan de modo distinto en cada ocasión, poder de observación limitado y deseabilidad social.

Pero qué duda cabe de que tampoco los beneficios de esta estrategia son pocos: las entrevistas cara a cara permiten clarificar cuestiones, definir términos poco precisos como “atracones” y ayudar al sujeto a recordar la frecuencia y/o intensidad de sus conductas.

Otras entrevistas diagnósticas habitualmente utilizadas en la segunda fase son la Composite International Diagnostic Interview (CIDI), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1990) y la Eating Disorder Examination (EDE) de Fairburn y Cooper (1993) recomendándose esta última por su alta fiabilidad y validez (Wilson, 1993; Smith, Marcus, Elderedge, 1994). Sin embargo, la necesidad de un extenso entrenamiento previo por parte del entrevistador y la larga duración de estas entrevistas (completa abarca unos 60 minutos), suponían inconvenientes que fueron subsanados al decantarnos por la subescala 9 de la SCAN.

- Puede cuestionarse el uso del EAT en población adolescente temprana en lugar del ChEAT como instrumento de cribado, pero la validación del mismo en nuestro país se realizó posteriormente a la realización del estudio (Calvo, 2012). Dada la experiencia previa en su empleo en la investigación epidemiológica de los TCA nos decantamos por el EAT.
- El asignar valores numéricos cuantitativos a las respuestas a las preguntas de los autocuestionarios que pretenden medir variables psicológicas cualitativas para poder realizar los cálculos estadísticos no deja de ser una limitación achacable a éste y todos los estudios que emplean tests psicométricos, pero consideramos que este aspecto es difícilmente evitable.
- Todos los métodos tradicionales de evaluación tienen sus debilidades y limitaciones. Las medidas auto-cumplimentadas son vulnerables a la distorsión por falseo, fingimiento (bueno o malo), inexacto recuerdo de acontecimientos, y/o respuestas fijas. Fundamental tener en cuenta estos riesgos, más aún si hablamos de una patología como el TCA en que el sujeto puede tratar de negar y minimizar síntomas y signos. Si además recordamos que estamos tratando con adolescentes, el riesgo de que puedan querer ocultar/fingir un diagnóstico a padres, profesores y amigos podría ser

aún mayor. Es éste un punto que hace vulnerable cualquier estudio de este tipo.

No obstante, pretendimos reducir ese riesgo empleando escalas con preguntas claras y fáciles de contestar (EAT-26). Aún así, se puede cuestionar el empleo del EAT-26 como cuestionario de criba aunque se emplee una versión validada al español, dada la tendencia, como decíamos, a la negación, al secreto y la falta de motivación al tratamiento de las pacientes con TCA, que pueden ocultar sus actitudes y conductas alimentarias anómalas en un cuestionario autocumplimentado. La única forma de evitar por completo este sesgo sería la entrevista clínica aplicada a toda la muestra lo que supera nuestras posibilidades como equipo investigador.

Sin embargo, sí tratamos de reforzar y proteger este método en cierta medida por las entrevistas (SCAN) a determinados sujetos. Si bien éstas pueden estar sesgadas por la sensación de falta de confidencialidad del entrevistado o por el sesgo de que puede estar influida por la relación entre el entrevistador y la persona entrevistada, no deja de ser éste el considerado patrón oro de las técnicas de valoración, sin olvidar que en nuestro caso se trataba de evaluadores entrenados y especialistas en adolescentes utilizando un formato estructurado. Es importante establecer muchas protecciones o defensas en contra de posibles sesgos y distorsiones. Así empleamos varios métodos en lugar de uno, evaluadores o entrevistadores entrenados y con experiencia en TCAs, un formato estructurado (SCAN), y medidas autocumplimentadas con preguntas escritas claramente, fáciles de contestar (EAT-26), como medidas protectoras en este programa.

- El no haber entrevistado a toda la muestra para estimar cifras de prevalencia de TCAs en las segundas fases es otra de las limitaciones de este trabajo. Como ya hemos explicado en otros apartados, razones económicas y logísticas explican esta deficiencia (entrevistar a los 1558 participantes de la muestra inicial escapaba con mucho a nuestras posibilidades). Tratamos de subsanar este punto aplicando SCAN no sólo a los participantes con riesgo, sino también a todos aquellos con puntuaciones en el EAT-26 de 0 ó 1, presuponiendo que en algunos casos dicho cuestionario pudiera estar falseado (recordamos que la ocultación/minimización de síntomas es una característica clave de estos trastornos). Pensamos que esta estrategia podía ser apropiada para el estudio, y lo ha hecho factible con los medios disponibles. No obstante, quizás habría que haber incidido de una manera especial en aquellos que han obtenido puntuaciones cercanas al punto de corte (por ejemplo, 18 ó 19), probablemente así hubiéramos captado mayor número de adolescentes con diagnóstico de TCA.
- Al hilo de lo anterior, consideramos que hemos podido realizar una infraestimación de las cifras de prevalencia: cuando ésta es baja, como en el caso de la anorexia y la bulimia nerviosa, el valor predictivo negativo de los cuestionarios es alto, hubiese sido preciso entrevistar a centenares de

sujetos “negativos” según el EAT (muchos más que sólo aquellos con puntuaciones de 0 ó 1), para apreciar correctamente la tasa de falsos negativos pero esto raramente se hace por resultar “costosos” a muchos niveles. No obstante, recordamos que no es el nuestro un estudio epidemiológico, sino preventivo, con lo que las cifras de prevalencia son utilizadas en nuestro caso como orientación de la evolución.

- Resultó en todos los casos inevitable que los sujetos de los grupos intervención comentaran tras cada sesión los temas trabajados y aprendidos con los sujetos control (efecto de contaminación o “stillover”), pero consideramos que no es lo mismo vivir la experiencia y participar en técnicas de implicación que recibir información oral por los pares. Aún así, en nuestros resultados hemos querido interpretar cierta influencia de un grupo sobre el otro. En futuras investigaciones lo tendremos en cuenta y seleccionar los grupo intervención y control en diferentes centros escolares.
- Hemos asumido pérdidas en la cumplimentación de las cuestiones de los instrumentos. Hemos subsanado los valores perdidos de una manera estadística por su transcendencia a la hora de establecer el riesgo. Entendemos que un adolescente que ha cumplimentado 25 cuestiones del EAT y puntuado con riesgo tiene que pasar a la segunda fase, tiene que ser entrevistado, aunque haya dejado un valor en blanco. Debe ser así puesto que eliminarlo del estudio nos haría perder tamaño muestral, así como información, y de cara al seguimiento podría distorsionar la realidad (Calvo, 2012). De hecho, comprobamos que hay algún sujeto que, habiendo sido diagnosticado de TCA había dejado algún valor en blanco, sujeto que no habría sido identificado ni puesto en tratamiento si se hubiera eliminado.

Muchos estudios revisados no constatan en la metodología qué pérdidas asumen en los cuestionarios autoinformados, ni como las salvan o imputan, lo cual consideramos de gran importancia para poder comparar los resultados. Austin (2008) considera los cuestionarios hasta con dos ítems perdidos y los estandariza a lo largo de todo el instrumento, y rechaza los cuestionarios con más valores perdidos. En España, Muro-Sans (2007) en su estudio de prevalencia, desecha todos los cuestionarios que están incompletos (5,4%). En nuestro trabajo, se han invalidado todos los cuestionario que no han podido ser imputados.

Se hubieran evitado las complicaciones en el análisis de datos y nos hubiésemos ahorrado su imputación, si se hubiera comprobado de forma más minuciosa la correcta cumplimentación de todos y cada uno de los ítems de los test, aclarando las dudas que los participantes pudieran tener, lo que consideramos que pudo ser el principal motivo de que se abstuvieran al cumplimentarlos.

- Surgen también otro tipo de pérdidas: personas que citadas para la entrevista en la segunda fase no acuden. Para minimizar este sesgo de selección se acudió a los colegios hasta en tres ocasiones para recuperar

entrevistas pérdidas, lo que supuso un coste humano, de tiempo y de recursos importante, incluso en ocasiones con escaso resultado, sobre todo en alumnos absentistas habituales (Calvo, 2012).

- Resta cerrar un punto clave en nuestros resultados: conocer la prevalencia del riesgo en los participantes que abandonaron el estudio. Existen estudios que señalan que podría existir un aumento del riesgo de TC en esa población y que ése sería el motivo de no querer formar parte del trabajo, al encontrarse ya en tratamiento (Ruiz, 2005, Beglin, Fairburn, 1992). Como ya hemos repetido en varias ocasiones en la discusión de los resultados, esto sería fundamental en nuestro caso. En base a textos previos podemos decir que los sujetos con un trastorno alimentario pueden estar infrarrepresentados en las encuestas porque no quieren revelar su caso o están ausentes de su lugar de trabajo o estudio o están siendo tratadas en el hospital cuando la investigación se realiza (Abraham, Llewellyn-Jones, 1997). Aunque nuestra tasa de respuesta es aceptable, ya hemos dicho que hay un porcentaje de no respuestas que no podemos despreciar. Debemos tener en cuenta que los sujetos que se niegan a participar en los cuestionarios tienden a ser distintos de los que responden (Hernández y cols, 1997); es perfectamente posible que los sujetos más implicados no respondan a los cuestionarios o no quieran ser entrevistados (Ruiz, 1999c) y que entre los que no acceden a participar en las investigaciones acerca de los TCA se encuentra una mayor proporción de casos de TCA que entre la muestra de los que responden (Ruiz-Lázaro y cols, 2005; Peláez, Labrador, Raich, 2005). Nuestras tasas están probablemente algo infraestimadas por este motivo principalmente, como ya hemos repetido hasta la saciedad, en el grupo control que es donde la pérdida de muestra es transcendente. Seguimos con esto mismo a continuación:
- Debemos reconocer aquí esta gran dificultad surgida en nuestro proyecto: encontramos casos de sujetos clasificados con riesgo en la etapa preintervención que posteriormente desaparecen. Incluso identificamos casos con diagnósticos de TCA en la etapa preintervención que no vuelven a participar en la etapa postintervención ni en el seguimiento. En la medida de nuestras posibilidades se dispusieron los medios para solventar estas pérdidas, recuperando a los alumnos que permanecían en el mismo centro pero en diferentes aulas o cuya ausencia era un caso aislado, proporcionando los cuestionarios al profesorado para que estos fueran contestados de forma diferida. No poseemos información suficiente como para realizar una descripción minuciosa del motivo de estas pérdidas: ¿absentismo escolar? ¿cambio de centro? ¿cambio de ciudad de residencia?... pero no resulta descabellado pensar en una simple negativa a continuar con su participación si fueron sujetos que pudieron sentirse “amenazados” en la primera etapa. Hubiese sido interesante disponer de esta información y con ello, llegar a unas cifras de prevalencia/incidencia más exactas, pero, como

decimos, por razones logísticas esto no ha sido posible. Creemos que en este aspecto, poco más podíamos minimizar las pérdidas.

- Para establecer la prevalencia de los TCA existen dificultades por su baja tasa, lo que hace que haya que tomar muestras muy altas entre la población para hallar casos, sobre todo si se quieren encontrar casos en varones (Calvo, 2012). Si bien nuestra muestra cumple este punto (es amplia), se puede cuestionar el que sea representativa: incluye escuelas públicas y privadas concertadas de tres provincias diferentes, pero podría ser mejorable. Abarcar áreas rurales e incluir alumnos no escolarizados podría potenciar la representatividad de la muestra, pero por la difícil accesibilidad en el caso de los primeros así como el coste humano y material de su estudio, consideramos que su pérdida es asumible.
- Dada la baja prevalencia de TCA entre los varones no es de extrañar que tan apenas hallamos encontrado casos con este tamaño muestral, que debería incrementarse mucho para aumentar la probabilidad de hallar varones con patología alimentaria (Peláez, Labrador, Raich, 2005).
- Otra limitación es la aplicación de los criterios diagnósticos categoriales de las clasificaciones internacionales en la comunidad donde predominan los casos subclínicos dentro de un espectro en donde en ocasiones puede ser difícil establecer los límites entre lo normal y lo patológico.
- Tampoco hemos llevado a cabo un control de la asistencia de los alumnos a las diferentes sesiones del taller. Sería lógico pensar que la participación en un menor número de sesiones podría suponer una menor eficacia del taller, pero es éste un punto que no se tuvo en mente a la hora de poner en práctica el programa y que debería tenerse en cuenta en futuras intervenciones.
- Aunque el objetivo inicial del programa era llevar un seguimiento a largo plazo (36 meses), las dificultades técnicas y humanas lo hicieron imposible en las tres ciudades del estudio. No obstante, seguimos considerando necesario el engrosar la bibliografía con trabajos de larga duración.
- Otras ciudades fueron reclutadas inicialmente para participar en el programa: Fuerteventura, Vigo y Orense. Si bien la primera fase del estudio se completó con éxito en todas ellas, dificultades metodológicas insalvables hicieron que no pudiésemos contar con todos sus datos en las siguientes etapas. Lo mismo ocurrió con uno de los colegios participantes en Santiago de Compostela. Así, estas muestras han sido incluidas en el análisis de datos epidemiológicos de otros estudios extraídos de este material, pero no han sido empleadas en nuestro estudio preventivo. Si bien es cierto que a pesar de esas dificultades la información ofrecida por esas muestras también podría haber sido relevante, la complejidad del análisis debida a la diversidad de sesgos era tal que consideramos más conveniente eliminarlas del estudio preventivo.

- Puede llamar la atención la importante variación en los diagnósticos concretos hallados en la etapa previa a la intervención y la nueva evaluación diagnóstica en el seguimiento. No consideramos que esto sea un sesgo del “observador”, de hecho, los entrevistadores fueron los mismos en una etapa y en otra. Creemos más bien que esto puede deberse a una mayor definición de los síntomas a lo largo de ese año, lo que lleva a que sujetos diagnosticados en un inicio de trastornos inespecíficos, un año después puedan ser filiados de un modo más concreto.

6.6 RECOMENDACIONES

Como posibilidades de mejora de nuestro estudio en futuras intervenciones y análisis, tendremos en cuenta:

- Podría ser interesante y conveniente incorporar otros contenidos en el programa ya empleados en programas anteriores con resultados favorables como el entrenamiento en la toma de decisiones, el control de los pensamientos negativos, el manejo del estrés y los hábitos de ejercicio saludables (Villena, Castillo, 1999).
- En la evaluación de su propio programa preventivo, Maganto y Cruz encontraron que, de todos los temas trabajados con los participantes, el referido a conocimientos sobre patrones de alimentación saludable y principios dietéticos les resultó más arduo y difícil de entender, quizás por ser un poco más técnico y menos vivencial (Maganto, Cruz, 2003), además de ser el contenido al que menos utilidad encontraron. Por ello, quizás deberíamos plantear, el hacer mayor hincapié en estos aspectos, aunque de una forma más sencilla y asequible, aún a riesgo de hacer “más pesada” esa parte de la intervención.
- Como veíamos anteriormente hay autores que consideran que tratar aspectos clínicos de los TCA es un factor de riesgo de cara a aumentar la frecuencia de los mismos. No obstante y paradójicamente, los participantes en el estudio de Maganto y Ruiz (2003) consideraron de especial utilidad e interés el conocer más a fondo este tipo de trastornos. Tras una revisión sistemática de documentos realizada en 2009 (Rodríguez, Estrada, Turón, Benítez) concluían que las intervenciones psicoeducacionales podrían ser eficaces en reducir las conductas y actitudes incorrectas en la alimentación, la insatisfacción corporal y mejorar el conocimiento sobre los TCA. Sería por tanto valorable introducir este tema de una forma más exhaustiva en un futuro.
- A la vista de los resultados obtenidos en cuanto a los altos índices de conductas bulímicas, sería otro punto a tener en cuenta a la hora de trabajar los contenidos del taller el hacer hincapié en la rapidez de las ingestas, las sobreingestas... incluso el ofrecer alternativas a los participantes (técnicas

de relajación, etc) como ya hicieran otros (Scime, Cook-Cottone, 2003) podría resultar de gran utilidad.

- Un tema ampliamente trabajado en programas preventivos previos al nuestro (Maganto, Ruiz, 2002) es la “expresión de las emociones”, con lo que se pretende enseñar a conocer e identificar en sí mismos las emociones positivas (alegría, sentirse querido, satisfacción y serenidad) y negativas (tristeza, ansiedad, rabia/agresión). Es un tema muy valorado por los participantes en cuanto a nivel de información y aprendizaje teórico y que no abordamos de forma extensa en nuestro programa. Su inclusión en futuros proyectos estaría plenamente justificada.
- Muchos de los contenidos que trabajamos (asertividad, habilidades sociales, autoestima...) son genéricos y se dirigen a las conductas de riesgo típicas en los adolescentes, por lo que puede ser de interés coordinarlo con otros programas de salud también desarrollados en los colegios sobre tabaco, alcohol, drogas y sexualidad (Huon, Braganza, Brown, Ritchie, Roncolato, 1998).
- Wade y cols, 2003, señalan que son más eficaces las intervenciones específicas en comparación con talleres dirigidos a objetivos más amplios. En su estudio compara la eficacia entre talleres dirigidos a fomentar la autoestima y talleres que intervienen sobre factores de riesgo específicos y generales asociados con los trastornos de la conducta alimentaria, concluyendo que son más eficaces las actuaciones en esta última línea.

Sin embargo, otros autores indican la importancia de trabajar en la promoción de la salud, con el objetivo de potenciar los factores protectores, sin realizar intervenciones más específicas. En este sentido, Acosta, Dueso y Ceinos (2002), señalan que es importante diferenciar entre programas de promoción de la salud y aquellas intervenciones realizadas para la detección precoz (prevención secundaria).

En base a esto, podría ser planteable, en un futuro, intentar modificar el taller buscando una diferencia en la eficacia según empleemos contenidos más o menos específicos.

- Tal y como hemos comentado ampliamente, otros autores concluyen que sus experiencias preventivas resultan más beneficiosas en chicas que en chicos, y más aún en edades jóvenes (19-25 años) que en adolescentes (15-19 años) (Maganto, Cruz, 2003). De ahí que no resulte descabellado el plantearnos redirigir el programa hacia grupos de población más específicos.
- Es también muy importante que el programa se mantenga a largo plazo, buscando el modo de seguir siendo novedosos para los alumnos (Soldado, 2006).
- Prestar atención y tratar de registrar el motivo preciso de la no continuación del programa, tal y como fue el caso de algunos participantes (¿cuál es la

justificación?¿absentismo?¿cambio de centro?¿rechazo?) podría ayudarnos a alcanzar resultados más concretos y a entender mejor el proceder de los adolescentes.

- El hecho de que los miembros de los grupos control y los grupos intervención sean compañeros de escuela facilita el que los primeros transmitan la información tratada a los segundos. Como forma de evitar este posible sesgo de contaminación o “stillover”, Raich (Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimera, Portell, Moncada, Fauquet, 2008) propone asignar el papel de grupo control/intervención a alumnos de diferentes escuelas.
- A valorar el incluir al profesorado en futuros programas preventivos: los profesores tienen un papel importante, ya que también pueden ser los primeros testigos de los síntomas de la enfermedad (Villena, 1999). Una adecuada formación sobre la naturaleza de esta enfermedad les permitiría identificar estos síntomas, pero también otros menos evidentes y genéricos, como percibir un cambio en el rendimiento escolar, o un enrarecimiento del carácter que les lleva a un distanciamiento de los compañeros de clase y que junto a otras manifestaciones menores pueden alertar sobre un posible TCA (Villena, Castillo, 1998).
- Si bien como decíamos utilizábamos medios audiovisuales a la hora de presentar el material, los programas más recientes adaptan nuevas tecnologías utilizando software digital y multimedia (Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimera, Portell, Moncada, Fauquet, 2008). Quizás involucrar nuevas tecnologías, medios de comunicación y soportes informáticos, pudieran incrementar el éxito de la intervención y mejorar la adhesión de los participantes.

Incluso hacer el programa accesible vía Internet, online, podría ampliar enormemente su difusión.

- Tal y como hicieran Raich y colaboradores en 2008 (Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimera, Portell, Moncada, Fauquet, 2008) en futuras intervenciones sería planteable el grabar algunas de las sesiones en vídeo para poder comprobar la fidelidad de las intervenciones al manual.
- Hay un aspecto que ha sido especialmente arduo en nuestra discusión de resultados, y es que resulta complicado establecer comparaciones entre la eficacia de unos programas y otros puesto que son diferentes los instrumentos de medida utilizados, de ahí que sea difícil establecer unas firmes conclusiones (Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimera, Portell, Moncada, Fauquet, 2008). De cara a futuros trabajos, la colaboración, coordinación y el acuerdo entre investigadores de diferentes grupos de trabajo en cuanto a la metodología a emplear, podría llevar a grandes proyectos multicéntricos.

- Situamos nuestro trabajo en el medio escolar pero ¿qué ocurre con los productos adelgazantes al alcance de cualquier adolescente que entre en una farmacia? ¿Y con los centros de adelgazamiento y gimnasios donde una dieta es recomendada por licenciados en biología o monitores de aeróbic? Está claro que farmacias y gimnasios son dos lugares clave donde podrían detectarse con rapidez comportamientos de riesgo. Incluir la formación y concienciación tanto de farmacéuticos como de monitores deportivos es vital para una adecuada prevención. Debería ser un punto a tener en cuenta en futuras intervenciones (Soldado, 2006).

De hecho, en el año 2002, el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña (CCFC) y la Asociación contra la Anorexia y Bulimia ACAB, pusieron en marcha una campaña en las oficinas de farmacia de esta comunidad autónoma para ayudar en la prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria. El programa repartía trípticos (180.000 trípticos a 3000 farmacias) que ponía a disposición de las farmacias para poder ser repartidos a los clientes. Administraba también material informativo para los farmacéuticos que les facilitara el poder aconsejar a los clientes así como animarles a solicitar atención especializada en caso preciso (Soldado, 2006).

Por otro lado, respecto a la prevención centrada en centros deportivos, poco se ha hecho, cuando sabemos que resulta también fundamental (Soldado, 2006).

Por ello, de cara a futuras implantaciones del programa, abrir las miras a otros escenarios y a otras muestras (deportistas, bailarinas...) podría resultar de gran utilidad para resultados aún más exitosos.

- Encontrar el modo de dar continuidad a los programas de prevención (Soldado, 2006) sería un avance muy positivo que permitiría reforzar las mejoras conseguidas.
- Un hallazgo llamativo en estudios previos es el hecho de que programas centrados en reducir la presión socio-cultural que empuja a los sujetos a la delgadez logran inesperadamente una mejor aceptación de la obesidad (Heinberg, Thompson, Matzon, 2001). También Stice y Shaw, en un metanálisis llevado a cabo en 2007 señalan el éxito preventivo de algunos programas tanto en TCAs como en obesidad, efecto éste muy deseable, puesto que trabajos que impacten al mismo tiempo en varios problemas de salud pública son más deseables que aquellos que lo hacen tan sólo en uno. Con su programa The Body Project redujeron el riesgo de obesidad en los participantes (Shaw, Stice, 2008). Por tanto, podría ser muy interesante un nuevo análisis de nuestros datos atendiendo a los participantes con altos IMC. Quizás su peso haya sido modificado tras la aplicación del programa y en base a esto, deberíamos plantearnos ampliar/perfilar los contenidos del programa abarcando temas referentes a sobrepeso y obesidad.

6.7 RELEVANCIA E IMPLICACIONES CLÍNICAS

En nuestro conocimiento, el estudio presentado es de los pocos a nivel nacional existente en materia de prevención de TCAs y el único, también a nivel nacional, que está dirigido exclusivamente a adolescentes tempranos y que abarca una muestra tan dispersa geográficamente. La amplia muestra participante y el despliegue humano que fue necesario para trabajar con ella hacen nuestro trabajo exclusivo hasta la fecha en este campo. Además, a día de hoy no existen programas en España con seguimientos que superen en duración los alcanzados por los del Grupo ZARIMA.

Nuestro trabajo puede ser un ejemplo organizativo de cómo llevar a cabo un proyecto multicéntrico: participan grupos de trabajo estandarizados de igual manera a pesar de la distancia geográfica, algo que consideramos sería clave a la hora de poder ampliar los estudios a muestras aún mayores, y aunar los esfuerzos de diferentes grupos de trabajo que hasta ahora trabajan en proyectos independientes. Esto sería clave a la hora de evitar las dificultades vigentes a la hora de contrastar los resultados obtenidos por distintos investigadores al utilizar diferentes metodologías de trabajo.

Dada la frecuencia de TCAs en nuestra población, su gravedad y su aparición en edades tempranas, consideramos que nuestros resultados pueden tener importantes implicaciones clínicas y de salud pública. A día de hoy, el reto ya no está en diagnosticar los TCAs, sino en prevenirlos. El efecto preventivo de las intervenciones está más que demostrado por un largo historial de investigadores, queda ahora encontrar el método preventivo “ideal”, y opinamos que nuestro proyecto pone una piedra más en ese camino. Nuestro trabajo nos recuerda la necesidad de establecer sesiones “de recuerdo” así como la dificultad en preservar los sujetos de la muestra a lo largo de los programas y de conseguir seguimientos a largo plazo (aspecto que intervención tras intervención, se resiste a los investigadores...). También las limitaciones con las que nos topamos en nuestro estudio nos proporcionan pistas clave que, probablemente, si tenemos en cuenta en futuros programas, mejoren los resultados obtenidos.

Por otro lado, la amplia muestra participante así como las numerosas variables recogidas hacen que sean infinidad los datos pendientes de analizar y que podrían proporcionar información interesante. Podríamos, por ejemplo, valorar la influencia del IMC en la evolución de las puntuaciones de los cuestionarios, o analizar la eficacia del taller sobre conjuntos de síntomas característicos de los TCAs centrándonos en su repercusión en las diferentes subescalas, incluso fijándonos en ítems específicos... Así pues, nuestra investigación no concluye aquí. Si bien en esta tesis doctoral hemos querido centrarnos en unos objetivos concretos, consideramos que quedan interesantes datos por analizar en el material recabado.

Y concluimos citando a Serrato: “Se trata de un mundo y de una sociedad que no podremos llamar del bienestar si debemos seguir asistiendo ajenos a la desventura social de vidas que se consumen frente al espejo, buscando que éste les devuelva la imagen que buscan, esa imagen irreal a la que

muchas veces brindan su vida” (Serrato, 2000), quien a su vez cita a Marianne Apostolides: “aunque una persona no puede librarse de un trastorno de la alimentación culpando a la sociedad es indudable que ésta contribuye al desarrollo de los trastornos de alimentación y puede contribuir también a su reducción...todo el mundo, en las familias y en la comunidad puede convertir en algo prioritario el hecho de escuchar a los jóvenes, hablar con ellos y fomentar sus intereses”.

Tras discutir y analizar los resultados obtenidos en nuestro estudio y con ello certificar una vez más la necesidad de esmerarse en la eficacia de la prevención en edades tempranas en materia de TCAs, consideramos que disponemos de suficientes argumentos para sumarnos a Serrato cuando aconseja a los centros escolares que ayuden a quienes estudian a desarrollarse no sólo en un sentido intelectual, que contribuyan con ellos a la construcción de propios conceptos sobre sí mismos y su propia riqueza de pensamiento, sentimientos y maneras de actuar. Como ella, sugerimos a los medios de comunicación que tengan un punto de vista más abierto, interesante y real de la belleza; que releen las revistas que publican, miren las fotos que imprimen, absorban las imágenes que proyectan y se pregunten finalmente si están enviando un mensaje saludable y serio. Como ella, pedimos a la comunidad que valore al profesorado, a los profesionales sanitarios, a los terapeutas y a las familias y que, cada uno desde su ámbito, apoyen los cambios que se aborden desde la perspectiva de estos consejos. A los responsables de salud les pedimos que estén informados sobre los trastornos de alimentación y motivados para actuar, y se conviertan así en un importante eslabón en la prevención y el tratamiento de estos trastornos en caso preciso. E, igual que ella, recomendamos a los gobernantes que proporcionen a las escuelas y autoridades sanitarias los fondos suficientes para que dispongan de los medios materiales y humanos necesarios y adecuados, que inviertan en la investigación y preparación del profesorado en procesos educativos que no sean sólo de carácter cognitivo, y que regulen la industria de la dieta con la misma intensidad que lo hacen con otras (Serrato 2000).

7. *CONCLUSIONES*



Tras la presentación de los Resultados y su Discusión, y con las limitaciones expuestas, es posible establecer las siguientes conclusiones:

I. La prevalencia del riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (determinado con puntuación mayor o igual a 20 en el EAT-26 en mujeres y varones adolescentes tempranos escolarizados en diferentes provincias del norte de España) es de un 11,3% en mujeres (IC 95% 8,998%-13,669%) y un 7,8% en varones (IC 95% 5,886%-9,708%).

II. La tasa de prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre los adolescentes de 1º de ESO (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.9) utilizando la entrevista SCAN, es de un 1,6% en mujeres (IC 95% 0,635%-2,565%) y un 0,1% en varones (IC 95% 0,003%-0,688%), con predominio absoluto de los TCA no especificados (F50.9).

III. Inmediatamente tras la impartición del taller destinado a la prevención primaria de TCA en una muestra mixta de adolescentes tempranos escolarizados en diferentes provincias del norte de España (programa ZARIMA) no se obtiene un descenso significativo en el porcentaje de participantes con riesgo. Sin embargo, inmediatamente tras su aplicación, la puntuación media del cuestionario EAT-26 de los sujetos participantes sí es significativamente menor que la de los sujetos control.

IV. Al año de la administración del taller, los sujetos participantes consiguen un descenso significativo en la puntuación media del EAT-26 respecto a los sujetos que no participan en él. También al año de su administración, la parte de la muestra que no sufre una pérdida de sujetos significativa (en nuestro caso, el grupo de Santander), demuestra la efectividad del taller al lograr que el porcentaje de sujetos con riesgo pertenecientes al grupo participante sea significativamente menor que el de sujetos control con riesgo.

V. El taller no logra un descenso en la aparición de casos nuevos de TCA.

VI. Los adolescentes tempranos estudiados muestran una mejoría significativa en su satisfacción corporal (medida a través de la Escala de Satisfacción Corporal) de manera inmediata tras la administración del taller independientemente de su participación o no en él.

VII. Inmediatamente tras la administración del taller, los varones y las mujeres participantes logran un descenso significativo en las puntuación de las subescalas del EDI (insatisfacción corporal e impulso a la delgadez) que no aparecen en los varones ni en las mujeres, respectivamente, que no participan.

VIII. Inmediatamente tras la administración del taller, los sujetos participantes demuestran una mejora significativa en sus conocimientos nutricionales. Las

adolescentes no participantes también consiguen esta mejora significativa de manera espontánea.

IX. Inmediatamente tras la administración del taller, los sujetos participantes demuestran unos conocimientos nutricionales significativamente mayores que los sujetos control. El taller logra también puntuaciones en la SCP y las subescalas del EDI (impulso a la delgadez e insatisfacción corporal) significativamente “más saludables” en las adolescentes participantes que en las adolescentes “control”. Esta diferencia significativa no se logra en varones.

X. La eficacia del taller está próxima a resultar significativamente mayor en los sujetos inicialmente clasificados con riesgo que en los sujetos clasificados sin riesgo.

8. BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

Abraham S, Llewellyn-Jones D. Eating disorders. The facts. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, 1997.

Altman DG, Machin D, Bryant T. Statistics with Confidence: Confidence Intervals and Statistics Guidelines. BMJ Books, 2000.

Alva Liliú OA, Cukier SH. Indicadores de riesgo que facilitan el diagnóstico temprano en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Sinopsis 2009 Ago; (42):18-20.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.

American Psychiatric Association. Feeding and Eating Disorders. DSM-5 Development, 2013 [citado en jun 2013]. Disponible en:
<http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>

Arasa H, Argudo J, Ayuso A, Carrasquer J, Escario MJ, Espinosa ML. Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela. DGA, Departamento de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social; 1991.

Arrufat F. Estudio de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2006.

Astray Mochales J, Pérez Meixeira AM, de la Corte J. Prevención de trastornos alimentarios en el área 10 de la Comunidad de Madrid. Estudio de prevalencia y el método de cribaje utilizado. Gac Sanit 1999; 13:9063.

Austin S. Prevention research in Eating disorders: theory and new directions. Psychol Med 2000; 30:1249-1262.

Austin SB, Ziyadeh NJ, Forman S, Prokop LA, Keliher A, Jacobs D. Screening high school students for eating disorders: results of a nacional initiative. Prev Chronic Dis. 2008; 5: A114.

Austin SB. The blind spot in the drive for childhood obesity prevention: bringing eating disorders prevention into focus as a public health priority. Am J Public health 2011; 101 (6): e1-4.

Baile JI, Guillén F, Garrido E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud 2002; 2(3):439-450.

Bañuelos C. Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI: Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema. Reis. Revista española reinvestigaciones sociológicas 1994; 68:119-140.

Baranowski MJ, Hetherington MM. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. Int J Eat Disord 2001 Mar; 29(2):119-24.

Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Belmonte Llarío A, Martínez Delgado C. Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004; 13:287-94.

- Becker AE, Burwell RA, Herzog DB, Hamburg P, Gilman S. Eating behaviours and attitudes following pro- longed exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180(6):509-514.
- Becker CB, Smith L, Ciao AC. Reducing Eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behav Ther* 2005; 36:245-254.
- Becker CB, Bull S, Schaumberg K, Cauble A, Franco A. Effectiveness of peer-led eating disorder prevention: A replication trial. *J of Consult and Clin Psychol* 2008; 76:347-354.
- Beglin SJ, Fairburn CG. Women who choose not to participate in surveys on eating disorders. *International Journal of eating disorders*. 1992; 12: 113-6.
- Berger U, Sowa M, Bormann B, Bris C, Strauss B. Primary prevention of eating disorders; characteristics of effective programmes and how to broader dissemination. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16 (3): 173-183.
- Bernier CD, Kozyrskyj AL, Benoit C, Becker AB, Marcessault G. *Can J Diet Pract Res* 2010 Fall; 71(3):34-40.
- Buceta JM, Bueno AM. *Modificación de conducta y Salud. Perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología*. Madrid: Eudema SA. Ediciones de la universidad Complutense SA: 1990.
- Burke JD, Regier DA. *Epidemiología de los trastornos mentales*. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *Tratado de Psiquiatría*. 2ª ed. Barcelona: Áncora; 1997.
- Calvo D. *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el Norte de España. Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada*. Tesis doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina; 2012.
- Carracedo-Martínez E, Figueiras A. Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales. *Salud pública Méx* 2006; vol.48 (4): 341-347.
- Carrera-Fernández MV, Lameiras-Fernández M, Foltz ML, Núñez-Mangana AM, Rodríguez-Castro Y. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007; 7(3): 739-751.
- Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of Eating disorders might it do more harm than good? *Int J Eat Disord* 1996; 22:167-172.
- Castanyer O. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. 20ª edición: Desclée de Brower; 2003.
- Castro J, Toro J, Salamero M y Guimerá E. The Eating attitudes test: validation of the spanish version. *Evaluación psicológica. Psychological assesment* 1991; 7(2):175-190.
- Casullo MM, Castro A, Góngora V. El uso de la escala EDI-2 (Eating Disorder Inventory) con estudiantes secundarios argentinos. *RIDEP* 1996; 2(2):45-73.
- Celio A, Winzelberg A, Wilfley D, Eppstein-Herald D, Springer E, Dev P, et al. Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet and a classroom-delivered psychoeducational programs. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 20-32.
- Champion H, Furnham A. The effect of the media on the body satisfaction in adolescent girls. *European Eating Disorders Review* 1999; 7:213-228.

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L. School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research* 1993; 8:183-204.

Clarke G, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1995; 34:312-321.

Clarkson H, Riedl J. Fear of thinness. *American Journal of Psychiatry* 1997; 153(3):441-443.

Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y bulimia, lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa; 1996.

Durkin S, Paxton S. Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53:995-1005.

Echauri M, Perez MJ, Jarcute MJ, Lainez M. Estilos de vida: educar en salud I. Experiencias de educación para la salud en Atención Primaria. Gobierno de Navarra; 1987-1997.

Espina A, Ortego MA, Ochoa de Alda I, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema* 2001; 13:533-538.

Esteve Mas M^a J et al. Los trastorno de la conducta alimentaria: Guía de Buenas Prácticas para Medios de Comunicación. 2009.

Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination. En: Fairburno CG, Wilson GT (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assesment and Treatment*. New York: Guildford Press; 1993.

Fairclough DL. Functional assessment of cancer therapy (FACT-G): non-response to individual questions. *Qual Life Res* 1996;5:321-329.

Fernández F, Turon V, Menchón JM, Vidal S, Vallejo J, Pifarré J. Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1996; 23(1):30-35.

Fernández Moreno L. Tiempo de respuestas. Guía de Trastornos de conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad. 2a edición. Madrid: Fundación MAPFRE; 2008.

Festinger, L. A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.

Fingeret M, Warren CS, Cepeda Benito A, Gleaves DH. Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eat Disord* 2007; 14:3:191-213.

Franco D, Mintz L, Villapiano M, Green T, Mainelli D, Folsensbee L, et al. Food, mood and attitude: Reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychol* 2005; 24: 567-578.

French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, Downes B, Resnick M, Blum R. Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescents. *Int J Eat Disord* 1997; 22:315-322.

- Gandarillas A, Zorrilla B Sepúlveda AR, Muñoz PE. Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Documentos técnicos de salud pública; 2003.
- Gandarillas A, Febrel C, Galan I, Leon C, Zorrilla B, Bueno R. Population at risk for Eating disorders in a Spanish region. *Eat Weight Disord*. 2004; 9:179-85.
- Garcés Trullenque E. Anorexia nerviosa: una mirada relacional. *Revista de Trabajo Social y Salud* 2005; 51:101-132.
- García Rojas AD. Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. Huelva, 2010 [consultado en jun 2013]. Disponible en: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/viewFile/1273/1769>
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979;9:273-279.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating attitudes test: psychosometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982;12:871-878.
- Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int. Jour Eat Disor* 1983; 2(2):15-34.
- Garner DM, Olmstead MP. More on the Eating Disorder Inventory (letter). *Am J Psychiatry* 1986; 143(6):805-806.
- Garner DM. Eating Disorder Inventory-2 Professional manual. Florida: Psychological Assessment Resources; 1991.
- Garner DM. EDI-2 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones; 1998.
- Gasco M, Briñol P, Horcajo J. Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema* 2010; 22(1):71-76.
- Gervás J. La prevención cuaternaria. *Periódico OMC*. 2004;95:8.
- Gil García E, Ortiz Gómez T, Fernández Soto ML. Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten primaria*. 2007; 39: 7-11.
- Gismero E. Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1996.
- González S, Ruiz PM, Corral C. Sistema de documentación psicopatológica. En: Cervera S, Conde V, Espina A, Giner J, Leal C, Torres F (Eds.), *Manual del residente de Psiquiatría*. San Fernando de Henares: LITOFINTER. Smithkline Beecham; 1997. p. 309-319.
- Gordon RA. Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic. Cambridge: Basil Blackwell; 1990.
- Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31:1-16.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01

Guez J, Lev-Wiesel R, Valetsky S, Sztul K, Poner BS. Self-figure drawings in women with anorexia, bulimia, overweight and normal weight. A possible tool for assessment. *The arts in Psychotherapy* 2010 Nov; 37(5):400-406.

Guimerá E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *AN Psiquiatría* 1987; 3(5):185-190.

Gustafson-Larson AM, Terry RD. Weight-related behaviors and concerns of fourth grade children. *Journal of the American Dietetic Association* 1992; 92:818-823.

Heinberg LJ, Thompson JK, Matzon JL. Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial? En: Striegel-Moore RH, Smolak L (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.p.215-232.

Henderson S. Epidemiología de la enfermedad mental: aspectos conceptuales. En: Vázquez-Barquero JL (Ed.). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998.p. 17-33.

Hernández M, Catellet J, Narvalza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, Sobradillo B, Zurimendi A. *Curvas y tablas de crecimiento*. Bilbao: Instituto de Investigaciones sobre crecimiento y desarrollo. Fundación F. Orbeago. Garsi Editorial; 1988.

Hernández M, Gadea A, Lacruz M, Conesa L. Cientificidad, oportunidad y viabilidad de una investigación. En: Cervera S, Conde V, Espina A, Giner J, Leal C, Torres F (Eds.). *Manual del residente de Psiquiatría*. San Fernando de Henares: LITOFINTER. Smithkline Beecham; 1997. p.2433-2463.

Hick KM, Katzman DK. Self-assessment of sexual maturation in adolescent females with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1999 Mar; 24(3):206-11.

Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disorders*. *Int J Eat Disord*. 2003; 34:383-96

Hoek W. Distribution of Eating disorders. En: Fairburn CG, Brownell KD (Eds), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Newyork: The guildford press; 2002. p.233-237.

Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74 : 401-415.

Huon GF, Braganza C, Brown LB, Ritchie JE, Roncolato WG. Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 23(4):455-458.

Instituto de la Unesco para la Educación. *Educación para la Salud*. Promoción y Educación para la Salud. Hamburgo; 1997.

Irving LM, DuPen J, Berel S. A media literacy program for high school females. *Eating disorders: A Journal of Treatment and Prevention* 1998; 6(2):119-131.

Irving LM. A bolder model of prevention: Science, practice and activism. En: Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (Eds.). Preventing eating disorders: A handbook of interventionism and special challenges. New York: Taylor & Francis; 1999. p.63-84.

Jáuregui I, León P, Bolaños P, Romero J, Sánchez del Villar G, Morales MT et al. Traditional and new strategies in the primary prevention of Eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *International Journal of general medicine* 2010; 3:263-272.

Jorquera M. Un taller de prevención para los trastornos de conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana. Tesis doctoral. Comunidad Valenciana: Universitat de Valencia, Facultad de Psicología; 2008.

Jorquera M, Baños RM, Botella C, Guillén V, Moliner R, Marco JH. Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad valenciana. 11^a congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis. 2010 [citado en nov 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/873/1/2cof145032.pdf>

Julián R, Peláez MA, Ramírez R, de la Puente ML. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los TCA. *Aten Primaria* 2002; 29:52.

Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:267-72.

Kilbourne J. Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. En: Fallon P, Katzman M, Wooley S (Eds.). *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. New York: The Guilford Press; 1994. p.395-419.

Killen JD, Taylor CB, Hammer L, Litt I, Wilson DM, Rich T, et al. An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 1993; 13:369-384.

Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervás J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. *Primary Care* 2010; 10(18):350-4.

Langmesser L, Verscheure S. Are Eating Disorder Prevention Programs Effective? *Journal of Athletic Training* 2009; 44(3): 304-305.

Larimer ME, Crounce JM. Identification, prevention, and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 14:148-163.

Law C, Peixoto M. (2002). Cultural standards of attractiveness: A thirty year look at changes in male images in magazines. *Journalism and Mass Communication Quarterly*. 2002; 79(3): 697-711.

Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud Barcelona; 1976.

Levens M. Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy. London: Routledge; 1995.

Levine MP, Smolak L. Media as a context for the development of disordered eating. En: Smolak L, Levine M (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for Research, Prevention, and Treatment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1996.

Levine MP, Piran N, Stoddard C. Mission more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. En: Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (Eds.), Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; 1999.p.105-121.

Levine MP, Smolak L. The prevention of eating problems and eating disorders. Theory, Research, and practice. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.

Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-II-R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology 1993; 102: 133-144.

Lewinsohn P, Striegel-Morre R, Seeley J. Epidemiology and natural course of Eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2000; 39: 1284-1292.

Lández P. Prevenir la anorexia y la bulimia. Revista de Treball Social 1996; 143: 90-94.

López Nomdedeu C, García Cuadra A, Migallón Lopezosa P, Pérez Coello AM, Ruiz Jarillo C, Vázquez Martínez C. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios [Internet]. Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio del Interior), Centro de Investigación y Documentación Educativa (Ministerio de Educación y Cultura), Subdirección de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo), (gestión). [Citado Nov 2011]. Disponible en: http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf

Lowry R. The confidence interval of a proportion. VassarStats: Website for Statistical Computation 2001-2012 [Citado Sept 2012]. Disponible en: <http://vassarstats.net/prop1.html>

Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR. A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. Behaviour Change 2001; 18:36-50.

Lucaks-Martón R, Vasarhelyi E, Szabo P. Entrapped by the beauty industry: Eating and body attitudes of those working in the beauty industry. Psychiatr Hung 2008; 23(6):455-63.

Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population based study. Am. J. Psychiatry 1991; 148 (7): 917-922.

Maganto C, Río A, Roiz O. Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación. Publicaciones de Psicología Aplicada. Intervención psicopedagógica número 15. Madrid: TEA Ediciones SA; 2002.

Machado PP, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW. The prevalence of Eating disorders not otherwise specified. Int J Eat Disord. 2007; 40: 212-7.

Maganto C, Cruz S. Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de la alimentación en adolescentes. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación psicológica 2003; 16(2).

Maggs JL, Schulenberg J, Hurrelmann K. Developmental transitions during adolescence: Health promotion implications. En: Schulenberg J, Maggs J, Hurrelmann K (Eds.). Health

risks and developmental transitions during adolescence. New York: Cambridge University Press; 1996. p.522-543.

Maloney MJ, Maguire JB, Daniels SR, Specker B. Dieting behavior and attitudes in children. *Pediatrics* 1989; 84:482-48.

Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Ediciones Días de Santos; 1994.

Martin MC, Kennedy PF. Advertising and social comparison: Consequences for female preadolescents and adolescents. *Psychology and Marketing* 1993; 10:513-530.

Martin MC, Gentry JW. Stuck in the model trap: The effects of beautiful models in ads on female pre-adolescents and adolescents. *The Journal of Advertising* 1997; 26:19-33.

Martínez Larrea A, Aguinaga Aguinaga M, Ardanaz Aicua E, García de Eulate Martín-Moro C, López Garnica R, Pascual Pascual P, Pélach Paniker R, Petrina Jáuregui E, Royo Moya J. *Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario*. Navarra: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios; 2007.

Martz D, Bazzini D. Eating disorders prevention programming may be failing: Evaluation of two one-shot programs. *Journal of College Student Development* 1999; 40:32-42.

McCabe MP, Ricciardelli LA. Sociocultural and individual influences on muscle gain and weight loss strategies among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology* 2003; 143(1):5-26.

McVey GL, Davis R. A program to Promote positive body image: A 1-year-follow-up assessment *Journal of Early Adolescence* 2002; 22:96-108.

McVey, G. What we have learned about primary prevention of food and weight preoccupation. *National Eating Disorder Information Centre Bulletin*. Feb 2003 [citado Dic 2011];18(1). Disponible en:

http://www.tdsb.on.ca/wwwdocuments/programs/young_women_on_the_move/docs/Vol.%2018%20No.%201%20-%20What%20We%20Have%20Learned%20About%20Primary%20Prevention.pdf

McVey G, Lieberman M, Voorberg N, Wardrope D, Blackmore E. School-based peer support groups: A new approach to the prevention of disorders eating. *Eat Dis* 2003; 11:169-185.

McVey G, Lieberman M, Voorberg N, Wardrope D, Blackmore E, Tweed S. Replication of a peer support program designed to prevent disordered eating: Is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Eat Dis* 2003; 11: 187-195.

Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010; 125: 75-81.

Merino H, Pombo MG, Godás A. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema* 2001; 13:539-545.

Mintz LB, O'Halloran MS. The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess* 2000; 74:489-503.

- Morandé G. La anorexia, cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Colección vivir mejor, Ediciones Temas de hoy SA; 1999.
- Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health*. 1999; 24: 212-9.
- Muise AM, Stein DG, Arbess G. Eating disorders in adolescents boys: A review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33:427-435.
- Muro-Sans P, Amador-Campos JA. Prevalence os eating disroders in a Spanish community adolescent sample. *Eat Weight Disrod*. 2007; 12: e1-6.
- Murphy JG, Duchnick JJ, Vuchinich RE, Davison JW, Karg RS, Olson AM, et al. Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001; 15:373-379.
- Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *British Medical Journal* 2005; 330:950-953.
- Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Eating disturbances among adolescente girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutritional Education* 1995; 27:24-31.
- Ochoa de Alda I. La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de estudios de juventud* 2009 mar; 84(6).
- O'Dea J, Abraham S. Eating and exercise disroders in young collage men. *Journal of American Collage Health* 2002; 50(6):273-277.
- Olesti Baiges M, Piñol Moreso JL, Martín Vergara N, de la Fuente García M, Riera Solé A, Bofarull Bosch JM, Ricomá de Castellarnau G. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr* 2008; 68(1):18-23.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0. Génova; 1990.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra; 1992.
- Paredes MA. La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. *Nurse Investigación* 2005; 17.
- Paxton S. Modifiable risk factors that can be translated into prevention or resilience. In: Alexander J, Treasure J, editors. *A Collaborative Approach to Eating Disorders* 2012. New York: Routledge. pp 62-71.
- Peláez, MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2005; 5 (2):135-148.

Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of Eating disorders among adolescent and young adult population in the community of Madrid. *Journal of psychosomatic research* 2007; 62(6): 681-690.

Pérez M. Trastornos de la alimentación. Claves para identificarlos y prevenirlos. Málaga: Arguval; 2004.

Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes navarros. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 481-6.

Petit Pérez MJ, de la Corte Navas J, Astray Mochales J. Programa de detección precoz y prevención de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). *Actas del III Congreso Virtual de Psiquiatría*; 1-28 febrero 2002 [Citado Nov 2011]. Disponible en: www.psiquiatría.com/interpsiquis.

Piedrola Gil. *Medicina preventiva y Salud Pública*. 11ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

Pinhas L, Toner B, Ali A, Garfinkel PE, Stuckless N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25(2):223-226.

Piran, N. The reduction of preoccupation with body weight and shape in schools: a feminist approach. *Eating disorders: identification of predictor variables*. *Eating disorders* 1996; 4:323-333.

Piran N. Prevention of Eating disorders: a review of outcome evaluation research. *Isr J Psychiatry Relat* 2005; 42(3):172-177.

Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology* 2002; 53:187-213.

Pope Jr HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press; 2000.

Posovac H, Posovac SS, Weigel RG. Reducing the impact of the media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2001; 20(3):324-340.

Power TJ, Du Paul GJ, Shapiro ES, Kazak AE. *Promoting Children's Health. Integrating School, Family and Community*. New York: The Guilford Press; 2003.

Pratt BM, Woolfenden S. Intervention for preventing Eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2002; (2): CD002891.

Raich RM, Torras J, Mora M. Análisis de las variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología* 1997; 5: 55-70.

Raich, RM, Sánchez-Carracedo, D, López Guimerà, G. (2002). Prevención primaria en una muestra de jóvenes adolescentes mediante un programa psicológico multimedia. CD-ROM que contiene las presentaciones en formato Power Point "El modelo estético de belleza femenina", "La transmisión del ideal de belleza" y "Nutrición". Obra científica registrada con no 02/2003/7448 en el Registro de la Propiedad Intelectual de Catalunya, 2003.

Raich RM, Sánchez D, López G. Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria. Barcelona: Ed. GRAÓ; 2008.

Raich RM, Sánchez-Carracedo D, López-Guimera G, Portell M, Moncada A, Fauquet J. A controlled assesment of school-based preventive porgrams for reducing Eating disorder risk factors in adolescents spanish girls. *Eating disorders* 2008; 16:255-272.

Ramos Valverde P, Rivera de los Santos F, Moreno Rodríguez C. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema* 2010; 22(1):77-83.

Rathner G, Messner K. Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychol Med* 1993; 23:175-184.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/rae>.

Río Sánchez C, Borda M, Torres I, Lozano JF. Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 2002; 1(2):1-10.

Rodríguez Santos L, Antolín Gutiérrez M, Vaz Leal FJ, García Herráiz MA. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2. Mérida: PRINTEX, ARTES GRÁFICAS-Badajoz; abril 2006.

Rodríguez S, Cruz S. Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema* 2008; 20(1):131-137.

Rodríguez MG, Estras MD, Turón V, Benítez D. Programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaría (TCA). *Psiquiatria.com*. 2009 [citado 13 agos 2012]; 13(2) Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/704/>

Rojo L, Livianos L, Conesa L, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord*. 2003; 34: 281-91.

Rojo L, Ruiz E, Hernández R, Vila M. Guía práctica del Proyecto DITCA C.V. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2003.

Rojo-Moreno L, García-Miralles I, Plumed J et al. Children's eating attitudes test: Validation in a Spanish sample of Spanish school-chidren. *Int J Eat Disord*. 2011; 44:540-6.

Rosenberg, M. Society and the adolescent Self-image. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1989.

Rosenblum G, Lewis M. The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence. *Child Development* 1999; 70(1):50-64.

Ruiz PJ, Ruiz PM. El tiempo libre y la educación para la salud en alimentación-nutrición en comedores escolares y centros de tiempo libre. *An Esp Pediatr* 1995; 43:447-448.

Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil* 1998; 3:148-162 .

Ruiz PJ, Ruiz PM. Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el tiempo libre. *Atención Primaria* 1998; 21(5):326-330.

Ruiz Lázaro PM, Ruiz-Lázaro PM. Promoción de la salud del adolescente desde un centro de salud. *Anales Españoles de Pediatría* 1998; 49:329-330.

Ruiz PM. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes en Zaragoza. Tesis doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina; 1999a.

Ruiz PM. Guía práctica. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón; 1999b.

Ruiz PM. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de psiquiatría* 1999c; 15(8):361-365.

Ruiz Lázaro, PM. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Atención Primaria* 2001; 27:428-431.

Ruiz Lázaro PM. Bulimia y anorexia: Guía para las familias. Zaragoza: Libros Certeza: 2001.

Ruiz-Lázaro PM, González E, Doñoro N, Roca M. Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2001; 2:7-13.

Ruiz-Lázaro PM, Comet P. Trastornos alimentarios, cuerpo y alimentación. Intervención comunitaria en la adolescencia. *Red de Salud* 2003; 6: 32-34.

Ruiz-Lázaro P. Prevalence of Eating disorders in Spain: A Survey in a representative sample of adolescents. En: Swain PL, (ed). *Trends in Eating disorders research*. New York: Nova Biomedical Books, 2005, p.85-108.

Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, Lobo A. Prevalence of eating disorders in early adolescent students. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(4):204-211.

Ruiz-Lázaro PM, Comet Cortés MP, Mabry Paraíso S, Villas Pérez E, Calvo Medel D, Trébol Clavejas L et al. Prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria: Seguimiento a doce meses de ensayo escolar aleatorizado controlado. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. 2010 [citado 7 agos 2012]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/888?mode=full>.

San Martín H. Salud pública y medicina preventiva. 2ª edición. Barcelona: Masson; 1989.

Sánchez C. La dictadura de la báscula. *Revista de información de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha* [Internet]. 2006 [citado 20 oct 2011]; 194. Disponible en:

http://revista.jccm.es/index.php?option=com_content&view=article&id=416&Itemid=1011

Sancho C, Arija MV, Asorey O, Canals J. Epidemiology of Eating disorders: a two year follow-up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 16: 495-504.

Sands R, Tricker J, Sherman C, Armatas C, Maschette W. Disorders Eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of eating disorders* 1997; 21:159-166.

Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy and psychosomatics* 1999; 68:46-50.

Schilder P. The image and appearance of the human body. New York: International universities press; 1958.

Scime M, Cook-Cottone C, Kane L, Watson T. Group prevention of Eating disorders with fifth-grade females: impact on body dissatisfaction, drive for thinness and media influence. *Eating disorders* 2006; 14:143-155.

Serrato G. Anorexia y bulimia, trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Libro Hobby Club SA; 2000.

Shaw H, Stice E, Black C. Preventing Eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009 January; 18(1):199-207.

Shaw H, Stice E. Preventing eating disorders: a school based dissonance program. In C LegCroy, editor. *Handbook of prevention and intervention programs for adolescents girls*. Hoboken, NJ: Wiley; 2008

Shisslak CM, Crago M, McKnight KM, Estes LS, Gray N, Parnaby OG. Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of psychosomatic research* 1998; 44:301-313.

Slade PP. "Body image in anorexia nervosa". *British Journal of Psychiatry* 1998; 153(2):20-22.

Slavin RE. *Educational psychology: Theory and practice*. Allyn and Bacon: Boston; 2000.

Smith DE, Marcus MD, Eldredge KL. Binge eating syndromes: A review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy* 1994; 25:635-658.

Smolak L, Levine MP, Schermer F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for Eating problems. *Journal of psychosomatic research* 1996; 44:339-353.

Smolak L, Levine MP, Striegel-Moore. *The developmental psychopathology of eating disorders*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates: 1996.

Solano-Pinto N, Oliveros-Leal L, Moreno-Villares, JM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Educando en salud: así soy yo, así son ellos. *Revista electrónica de Psiquiatría [Internet]*. 2004 [Citado Nov 2011]. Disponible en: <http://es.salut.conecta.it/pdf/h12oct.pdf>

Soldado M. Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2006; 4:336-347.

Spettigue WMD, Henderson KA. Eating Disorders and the Role of the Media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* febrero 2004; 13(1):16-19.

Steiner-Adair C, Vorenberg AP. Resisting weightism: Media literacy for elementary-school children. In Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (Eds.). *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; 1999. p.105-121.

Stewart, A. Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En: Vandereycken y Noordenbos (Eds). *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica SA; 2000.

Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of Eating attitudes and behavior in adolescents girls: A controlled study. *International Journal of Eating disorders* 2001; 29:107-118.

Stice E, Shaw H. Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1994; 13(3):288-308.

Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27:206-217.

Stice E, Presnell K, Bearman SK. Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology* 2001; 37:608-619.

Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2002; 128(5):825-848.

Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention program: A meta-analytic review. *Psychological bulletin* 2004;130(2):206-227.

Stice E, Shaw H, Burton E et al. Dissonance and healthy weight Eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:263-275.

Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychol Bull* 2006; 132: 667-691.

Stice E, Pressnell K. *The body Project: promoting body acceptance and preventing Eating disorders, facilitators guide*. New York: Oxford University Press; 2007.

Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of Eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psycho* 2007; 3:207-31.

Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance an healthy weight Eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consulr Clin Psychol* abril 2008; 76(2):329-340.

Stice E, Marti N, Shaw H, O'Neil K. General and program-specific moderators of two Eating disorder prevention programs. *International Journal of Eating disorders*. 2008; 41:611-617.

Stice E, Shaw H, Becker C, Rohde P. Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prev Sci* Junio 2008; 9(2):114-128.

Stice E, Black C, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *Eat Disord* 2013; 46:478-485.

Stoolmiller M, Eddy JM, Reid JB. Detecting and describing preventive intervention effects in a universal school-based randomized trial targeting delinquent and violent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68:296-306.

Taylor CB, Bryson S, Luke KH, Cunning D, Celio A, Abascal LB, et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 881-888.

Thelen MH, Powell AL, Lawrence C, Kuhnert ME. Eating and body image concerns among children. *Journal of clinical Child Psychology*. 1992; 21:41-46.

Thomsen SR, McCoy K, Williams M. Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders* 2001; 9:49-64.

Tolgyes T, Nemessury J. Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004; 39:647-54.

Toro, J. *El cuerpo como delito*. Ed. Ariel: Barcelona; 2003.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. *The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*. Luxemburgo; 1999.

van den Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Covert M. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariate structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53:1007-1020.

Vázquez Arevalo R, López Aguilar X, Álvarez Rayón GL, Mancilla Díaz JM, Oliva Ruiz A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mejicanos. *Enseñanza e investigación en psicología* 2006; 11(1):185-197.

Vázquez-Barquero JL. Los estudios comunitarios de Salud Mental. Su diseño y ejecución. En: González JL, Rodríguez F, Sierra A (Eds). *El método epidemiológico en Salud Mental* Barcelona: Masson; 1993. p.19-35.

Vázquez-Barquero JL, Gaite J, Artal J, Arenal A, Herrera S, Díez JF et al. Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista spiquiática "Sistema SCAN" ("Cuestionarios para la evaluación Clínica en Neuropsiquiatría"). *Actas Lus-Esp Neurol. Psiquiatr* 1994; 22(3):109-120.

Vega Alonso AT, Rasillo Rodríguez MA, Lozano Alonso JE, Rodríguez Carretero G, Martín MF. Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40:980-7.

Villena Iniesta J, Castillo Carballo M. Intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes. Programa "Tal como eres". Institut Valencià d'estudis en Salut Pública. Valencia: Monografies sanitàries; 1997.

Villena J, Castillo M. La prevención primaria en los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología* 1999; 30(2):131-143.

Wade TD, Davidson S, O'Dea JA. A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 33(4):371-383.

Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. The role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000; 15:577-90.

Weiss K, Wertheim EH. An evaluation of a prevention program for disorderd eating in adolescent girls: examining responses of high- and low-risk girls. *Eat Dis*, 2005; 13: 143-156.

Whisenhunt BL, Williamson DA, Drab-Hudson DL, Walden H. Intervening with coaches to poromote awareness and prevention of weight pressures in cheerleaders. *Eat Weight Disord Junio* 2008; 13(2):102-110.

Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev Med* 2011; 52 (2):152-158.

Wilksch SM, Durbridge R, Wade TD. A preliminary controled comparison of programs designed to reduce risk of Eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:937-947.

Wilson EB. Probable Inference, the Law of Succession, and Statistical Inference. *Journal of the American Statistical Association* 1927; 22, 209-212.

Wilson GT. Assessment of binge eating. En: Firburno CG, Wilson GT (Eds.). *Binge eating: Nature, Assessment and treatment*. New York: Guildford Press; 1993. p.227-249.

Wing JK, Babor TM, Brugha Y, Burke J, Cooper JE, Giel R et al. SCAN Schedules for Clinical Assesmente in Neuropsychiatry. *Arch gen psychiatry* 1990; 47:587-593.

Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P et al. Efectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eatind disorders. *J of Consult Clin Psicol* 2000; 68:346-350.

Wolf N. *The Beauty Myth*. Missiauga, Ont: Random House of Canada; 1990.

Woodside D, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S et al. Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatr* 1995; 152:1052-1058.

Woodside D, Garfinkel P, Lin E, Goering P, Kaplan A, Goldbloom D et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatr* 2001; 158:570- 574.

9. *ANEXOS*



ANEXO A
Consentimiento informado

Estimado equipo Directivo: una vez más pedimos vuestra **necesaria colaboración** para un proyecto de investigación en los **trastornos de la conducta alimentaria**.

Ya en 1997 participasteis con el Grupo ZARIMA en un estudio epidemiológico en 61 centros de Zaragoza para conocer la frecuencia de estos trastornos y las cifras de prevalencia de trastorno alimentario halladas gracias a vuestra ayuda de un **4,5%** de las chicas adolescentes han permitido mejorar su asistencia al constatar la existencia real de este problema y destinar mayores recursos asistenciales para tratar estos pacientes, que tanto llegan a sufrir, junto a su entorno, especialmente familiar y escolar.

De 1999 a 2002 colaborasteis de nuevo en un estudio de prevención que permitió disminuir el riesgo y número de casos nuevos entre las alumnas y diseñar unos materiales. Guía, folletos, vídeo-DVD para su utilización en los institutos y colegios. Este curso 2006-2007 os pedimos un nuevo esfuerzo para replicar ese estudio junto a otras comunidades autónomas en un proyecto nacional financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad que coordinamos desde Aragón: N° expediente Proyecto Investigación: PI052533 “Programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes evaluado con ensayo controlado aleatorizado multicéntrico”.

Una vez más serán este curso cinco sesiones de prevención en alimentación, imagen corporal, autoestima y habilidades sociales de dos horas semanales a desarrollar de **enero a marzo de 2007 (en total diez clases)** y posteriormente una breve entrevista diagnóstica. Se trabajará con aulas de **1º de ESO**: unas de intervención y otras de control elegidas al azar. En 2º y 4ª Eso se hará un seguimiento. Habrá sesiones también con los padres de las aulas de intervención.

Contactaremos por **teléfono la última semana de octubre** para fijar una entrevista en persona y explicaros con más detalle este importante proyecto que puede contribuir a mejorar la prevención primaria de estas graves enfermedades.

Si tenéis alguna duda podéis contactar con el Dr. Pedro Manuel Ruiz Lázaro: Teléfono 976 556400 extensión 4922 (Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza), móvil 670368739, e-mail pmruiz@aragon.es Coordinador del Grupo ZARIMA e Investigador responsable del proyecto

En Zaragoza, a 16 de octubre de 2006

Fdo: Dr. Pedro Manuel Ruiz Lázaro

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

Título del PROYECTO: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES EVALUADO CON ENSAYO
CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO

Yo,..... (nombres y apellidos) he leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera,
- 2) sin tener que dar explicaciones,
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable. He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado:

Firma del Investigador:

Fecha:

Consentimiento informado estudio _____
Versión _____, fecha _____

Información para los adolescentes:

Actualmente se conoce que las conductas en los hábitos alimentarios es una cuestión importante para la salud. La adolescencia es la edad idónea para fomentar hábitos y actitudes positivas, integrando en el aprendizaje materias de educación para la salud. El objetivo principal de nuestro proyecto de investigación es evaluar un programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.

El programa consiste en cinco sesiones de unas dos horas de duración, en las que deberás contestar varios cuestionarios sobre nutrición y alimentación; se controlará tu peso y talla y se te pedirá que participes en actividades relacionadas con la imagen corporal, autoestima y habilidades sociales. Participarán muchos alumnos de colegios públicos y privados de Zaragoza, Santiago de Compostela, Santander y Fuerteventura (España) con al menos dos aulas en cada centro.

Tu participación en este proyecto es libre y voluntaria. Tus padres están de acuerdo y firman su consentimiento. Todos los datos que obtengamos serán tratados confidencialmente. Si necesitas más información acerca de nuestra investigación puedes ponerte en contacto con D. Pedro M. Ruiz Lázaro Investigador Principal de este proyecto, e-mail pmruiz@aragon.es, Teléfono 976 556400 ext 4922 Hospital Clínico Universitario.

Gracias por tu colaboración.

Información para los padres:

Actualmente se conoce que las conductas en los hábitos alimentarios es una cuestión importante para la salud. La adolescencia es la edad idónea para fomentar hábitos y actitudes positivas, integrando en el aprendizaje materias de educación para la salud. El objetivo principal de nuestro proyecto de investigación es evaluar un programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.

El programa consiste en cinco sesiones de unas dos horas de duración, dentro del horario escolar en las que los alumnos deberán contestar varios cuestionarios sobre nutrición y alimentación; se controlará peso y talla y se realizarán en el aula actividades relacionadas con la imagen corporal, autoestima y habilidades sociales.

Participarán muchos alumnos de colegios públicos y privados de Zaragoza, Santiago de Compostela, Santander y Fuerteventura (España) con al menos dos aulas en cada centro.

Una de las principales condiciones de un programa de intervención reside en aportar información sobre las causas y consecuencias de los trastornos de conducta alimentaria; este programa va dirigido a actuar en los adolescentes, favoreciendo su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social y juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación. También se dirige a la familia actuando sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la TV y medios de comunicación.

El consentimiento para la participación de su hijo será archivado por el investigador principal y todos los datos obtenidos serán gestionados confidencialmente.

ANEXO B

Cuadernillo:

Cuestionario de Nutrición

Eating Attitudes Test, EAT-26

Escala de Satisfacción Corporal, SCP

Eating Disorder Inventory, EDI



UNIDAD MIXTA DE INVESTIGACIÓN

N.º CUESTIONARIO:

FECHA:

FIS PI 052533



Instituto
de Salud
Carlos III

Centro: Centro:

Edad: Fecha de nacimiento:

Valoración peso actual: Estatura:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario mide distintas actitudes, sentimientos y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer. Otras a lo que piensas y sientes sobre ti mismo/a. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS. INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE AQUI DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. Lee cada pregunta y marca el **cuadrado** situado en la columna que mejor se adapte a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta. Gracias.

NUTRICION

1. ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- ☐ Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- ☐ Tres: desayuno, comida y cena.
- ☐ Con hacer una comida principal es suficiente.
- ☐ Dos: comida y cena.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es el que hay que comer más?

- ☐ Hidratos de carbono.
- ☐ Proteínas.
- ☐ Grasas.
- ☐ Vitaminas.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?

- ☐ Hidratos de carbono.
- ☐ Proteínas.
- ☐ Grasas.
- ☐ Alcohol, aceites y dulces (chucherías).
- ☐ Ninguna de las anteriores.

4. Los hidratos de carbono están en...

- ☐ Carne magra, pescado, pollo.
- ☐ Huevo.
- ☐ Aceites y mantequilla.
- ☐ Pan, patatas, pasta, cereales.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

5. A la semana hay que comer...

- ☐ Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- ☐ Huevo todos los días.
- ☐ Hay que tomar pocas legumbres.
- ☐ Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

6. El desayuno debe consistir en...

- ☐ Leche, pan, galletas o cereales y fruta.
- ☐ No hace falta hacerlo.
- ☐ Es sólo para mayores.
- ☐ Basta con un vaso de leche al levantarse.
- ☐ Una pieza de fruta.

7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...

- ☐ Son perjudiciales para la salud.
- ☐ Engordan.
- ☐ Son vegetales.
- ☐ Van mal para los huesos.
- ☐ Son de consumo diario.

8. Las frutas y verduras han de tomarse...

- ☐ Con poca frecuencia.
- ☐ Lo menos posible, pues son de mal sabor.
- ☐ Sin lavar.
- ☐ Varias veces al día.
- ☐ Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

9. El agua ha de tomarse...

- ☐ Antes de las comidas.
- ☐ Después de las comidas.
- ☐ Durante las comidas.
- ☐ Poca porque engorda.
- ☐ A cualquier hora.

10. El pan ha de tomarse...

- ☐ Poco porque engorda.
- ☐ Todos los días.
- ☐ Blanco.
- ☐ De molde.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

EAT - 26

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he «atrachado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuro no comer alimentos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIBUJA FIGURA HUMANA IDEAL

ESCALA SATISFACCION

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Siento que mi cuerpo a veces me limita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustaría poder cambiar algunas partes de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que soy bastante feo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento más seguro vestido que en bañador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nadie podría enamorarse de mí por mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gusta que me miren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta mirarme en el espejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EDI

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	A MENUDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin ponerme nerviosa/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pienso en hacer régimen para adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento muy culpable después de comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me aterroriza aumentar de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento satisfecha/o con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Exagero la importancia del peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me gusta la forma de mis nalgas (mi trasero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si gano algo de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Creo que mis nalgas (mi trasero) son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN

9 Trastornos de la conducta alimentaria

Todo el mundo que haya tenido problemas de peso o de apetito por someterse a una dieta o por preocupaciones sobre la imagen corporal, debe ser explorado en esta Sección, a menos que se deba exclusivamente a un problema físico. Técnicamente, "estar bajo de peso" significa tener un 15% menos del peso que le correspondería en relación con su altura. Sin embargo, debe completarse la sección si existe la posibilidad de que hubiera anorexia nerviosa o bulimia durante el año anterior. El peso del entrevistado en el momento de la entrevista puede dar lugar a errores.

Habitualmente el período evaluado es el año anterior. También es posible puntuar un episodio previo cuando sea necesario.

9.001 *Miedo a estar o estarse volviendo gorda/o*

☐ ☐

¿Ha estado preocupado el año anterior por estar comiendo demasiado, estar ganado peso o estar poniéndose muy gorda/o?

☐ ☐

- *¿Se ha sentido culpable de haber comido?*
- *¿O ha tenido miedo de perder el control de la cantidad de comida que toma?*
- *¿Presta mucha atención a su figura?*
- *¿Cuánto le angustia todo esto?*

Incluya la preocupación por el peso, la figura o por la cantidad de comida

0 No

1 Sí

9.002 *Episodios previos de baja ingesta de alimentos*

☐

0 Nunca

1 Ha padecido previos episodio(s) de miedo a estar volviéndose gorda/o, con baja ingesta

9.003 *Ansia irresistible y persistente de comida*

☐ ☐

¿Ha tenido durante el año anterior ansia de comida, o ha sido incapaz de parar de comer una vez que hubo comenzado?

☐ ☐

- *¿Aún cuando sabía que tenía un exceso de peso?*
- *¿Fue muy persistente?*
- *¿Pudo resistirlo siempre?*

0 No

1 Sí

9.004 *Episodios previos de sobrealimentación*☐

0 Nunca

1 Ha tenido episodio(s) previos de ansia por la comida y sobrealimentación

Si existió alguna alteración de la conducta alimentaria durante el año anterior, pregunte 9.005:

9.005 *Interferencia debida a problemas de la conducta alimentaria*☐ ☐

¿Cuánta interferencia ha existido con su actividad diaria a causa de los problemas que ha descrito?

- *¿Cuándo comenzó? ¿Qué edad tenía?*

0 No hay síntomas presentes en grado significativo

1 Hay síntomas pero con poca interferencia

2 Interferencia intermitente o moderada

3 Interferencia grave con las actividades diarias

Si es necesario, puntúe de nuevo este ítem tras profundizar en la entrevista

PUNTO DE CORTE ⇔ 10.001 si no hay evidencia de anorexia o bulimia

ANOREXIA

9.006 *Autopercepción de estar gordo acompañado de pensamientos angustiantes sobre el exceso de peso*☐ ☐

¿Piensan otras personas que Ud. está demasiado gordo?

☐ ☐

- *¿Piensan que está demasiado delgado?*

- *¿Ha estado muy preocupado por tener la sensación de estar excesivamente gordo, aún cuando, objetivamente, su peso era inferior al normal?*

Persiste la idea, intensa y sobrevalorada. Hay también una autopercepción de estar demasiado gordo y preocupación respecto a la figura corporal.

0 No

1 Sí

9.007 *Se impone un nivel de peso muy bajo*☐ ☐

Se niega a alcanzar su peso corporal normal, manteniéndolo por debajo del que teóricamente le correspondería (por ej. 85% del peso corporal teórico)

☐ ☐

0 Ausente
1 Presente

9.008 Evitación de alimentos que engordan

☐ ☐

¿Qué ha estado haciendo para evitar engordar?

☐ ☐

- ¿Evita tomar comidas que engorden?
- ¿Sigue algún tipo de dieta?
- ¿Incluso aunque su peso sea normal o bajo?

0 No
1 Sí

9.009 Adopción de conductas "restrictivas" para perder peso

☐ ☐

¿Ha intentado perder peso haciendo mucho ejercicio?

☐ ☐

¿Tomando supresores del apetito o fármacos dietéticos?

0 No
1 Sí

9.010 Actos destinados a perder peso "purgándose"

☐ ☐

¿Ha intentado perder peso induciéndose el vómito?, ¿tomando laxantes o diuréticos? ¿administrándose enemas?

☐ ☐

0 No
1 Sí

9.011 Trastornos del inicio de la pubertad debidos a la anorexia

☐ ☐
☐ ☐

Mujeres: presencia de amenorrea primaria y/o retraso o detención del crecimiento

Hombres: persistencia de genitales infantiles y/o retraso o detención del crecimiento

0 Ausente
1 Presente

VAYA A ⇨ 9.013 si el comienzo es prepuberal

9.012 Cambio en las funciones endocrinas
☐ ☐
☐ ☐

Mujeres:

¿Le faltó alguna menstruación mientras intentaba mantener su peso bajo?

- *¿Cuántas?*

En las mujeres anoréxicas, el sangrado vaginal debido a terapia de sustitución hormonal o a píldoras anticonceptivas se puntúa con 8.

- 0 No
- 1 Sí pero no llega a 2
- 2 Falta la menstruación durante 3 o más periodos consecutivos: amenorrea
- 3 Sólo tras la administración de hormonas
- 8 No es seguro
- 9 Postmenopaúsico

Hombres:

¿Ha notado algún cambio en su actividad sexual mientras intentaba mantener su peso bajo?

- *¿Perdió interés o capacidad para realizar el acto sexual?*

- 0 No
- 1 Moderado o intermitentemente
- 2 Continuo o pérdida completa

¿Durante cuánto tiempo ha estado notando este problema?

¿Cuándo se inició?

Indique la edad en 9.017-9.020. Introduzca las fechas del episodio actual en 9.021 o 9.022.

BULIMIA**9.013 Darse atracones de comida con sensación de pérdida de control**
☐ ☐
☐ ☐

¿Ha habido épocas en las que ingería cantidades anormalmente grandes de comida durante un corto periodo de tiempo (una hora aproximadamente), esto es, dándose auténticas “panzadas o atracones”?

- ¿Cuántas veces a la semana con esta intensidad?
 - ¿Durante cuánto tiempo le sucedió esto?
 - ¿Sentía que perdía el control?
- 0 Nunca
 - 1 Lo hizo, pero mantuvo el control
 - 2 Atracciones de comida poco frecuentes con sentimiento de pérdida de control
 - 3 Una media de 2 veces por semana durante un periodo de 3 meses pero no llega a 4, con sentimiento de pérdida de control
 - 4 Atracciones más frecuentes con sentimiento de pérdida de control

Si 9.003 y/o 9.013 son afirmativos, pregunte 9.014:

9.014 **Miedo a ponerse demasiado gordo a pesar del ansia de comida** ☐ ☐

☐ ☐

¿Ha sentido miedo de estar demasiado gordo asociado a ansias por la comida o a pérdida de control una vez hubo comenzado a comer?

- 0 No
- 1 Sí

9.015 **Actos destinados a corregir las "panzadas o atracones de comida" purgándose** ☐ ☐

Después de los atracones ¿ha intentado perder peso: induciéndose el vómito, tomando laxantes o diuréticos?

☐ ☐

- 0 No
- 1 Sí

9.016 **Conductas "restrictivas" destinadas a compensar los atracones** ☐ ☐

Después de los atracones ¿ha intentado perder peso haciendo mucho ejercicio, tomando supresores del apetito, poniéndose a dieta o siguiendo un ayuno estricto?

☐ ☐

- 0 No
- 1 Sí

ITEMS DE LA HISTORIA

Revise los ítems afirmativos 9.001-9.006

¿Cuándo comenzaron estos problemas?

- ¿Cuándo se preocupó por primera vez por estos problemas?,
¿Qué edad tenía entonces?
- ¿Fue porque estaba a dieta o...?
- ¿Y cómo evolucionó el problema?
- ¿Así que Ud. tenía ... años?

Introduzca la edad en 9.017-9.020. Registre la duración del episodio presente en 9.021 o 9.022.

- 9.017 *Edad a la que comenzó el episodio actual de anorexia*
- 9.018 *Edad a la que comenzó el episodio actual de bulimia*
- 9.019 *Edad a la que comenzó el primer episodio de anorexia*
- 9.020 *Edad a la que comenzó el primer episodio de bulimia*
- 9.021 *Duración del episodio actual de anorexia* a
- 9.022 *Duración del episodio actual de bulimia* a
- 9.023 *Relación entre la Bulimia y la Anorexia*

0 Bulimia ausente o presente solamente con la anorexia

1 Bulimia presente en otros momentos

VAYA A: ⇨ 9.026 si no es necesario puntuar un episodio previo

Si se puntúa un episodio(s) previo, indique las fechas:

- 9.024 *Fecha del episodio previo de anorexia* a
- 9.025 *Fecha del episodio previo de bulimia* a

Retroceda ⇨ a 9.006 y rellene la sección para el episodio previo

- 9.026 *Interferencia con las actividades debida a*

síntomas de la Sección 9

Ha mencionado [resuma los síntomas] durante el PERIODO. En general, ¿cuánta interferencia ha existido con sus actividades diarias debido a estos problemas?

Puntúe la interferencia debida a los síntomas de la Sección 9.

- 0 No hay síntomas de la Sección 9 en un grado significativo
- 1 Síntomas presentes pero con poca interferencia
- 2 Interferencia moderada o intermitente
- 3 Interferencia severa o incapacitante

Aunque la atribución de causa orgánica (incluyendo el alcohol, otras drogas, etc.) se puede puntuar utilizando la Escala Opcional de Puntuación de Atribución en los recuadros de línea punteada o en la Sección 13, los ítems 9.027 y 9.028 permiten al evaluador volver a puntuar la causa orgánica a un nivel de sección/síndrome.

9.027 *Causa orgánica de los problemas de la Sección 9* ☐ ☐

Utilice los 4 criterios de atribución causal que aparecen en el Glosario o en la Sección 13

- 0 Ausente
- 1 Probable causa orgánica pero no confirmada totalmente
- 2 Definitiva, confirmada por una investigación experta
- 8 No existe la seguridad de si hay una causa orgánica

9.028 *Identifique la causa orgánica de los problemas de la Sección 9* ☐☐☐☐
☐☐☐☐

Introduzca la letra identificadora del capítulo de la CIE10 y hasta 4 dígitos. Si se han puntuado dos periodos, utilice la línea superior de recuadros para el primer periodo (PS) y la inferior para el segundo periodo (LB o RE). Deje el recuadro en blanco si no hay causa orgánica. La causalidad orgánica también puede ser puntuada con la Escala de Atribución en cada uno de los ítems.

El programa ZARIMA y por tanto el presente trabajo, han sido llevados a cabo gracias a la financiación de varios proyectos de investigación y otros apoyos específicos por parte de diferentes instituciones públicas y privadas, principalmente la siguiente:

Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Ministerio de Sanidad, Madrid, España.

Expedientes: F.I.S PI 05/2533

Asimismo, agradecemos su participación a las siguientes instituciones, tanto sanitarias como educativas, que han contribuido altruistamente a la consecución de este trabajo:

Gobierno De Aragón

Universidad De Zaragoza

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Instituto Aragonés De Ciencias De La Salud

Unidad Mixta De Investigación

Grupo Zarima-Prevención

Colegios De La Ciudad De Santander:

Las Llamas, Agustinos, Villajunco, Albericia, Ría Del Carmen, Escolapios,
Saliesianos, Santa Clara, Jardín De África, Las Esclavas

Colegios De La Ciudad De Santiago De Compostela:

Antón Fraguas, Cacheiras, Campo San Alberto, Compañía María, Esparis, García Barro, Huérfanas, Manuel Peleteiro, Praia Barraña, Xelmírez, Xulian Magarios

Colegios De La Ciudad De Zaragoza:

Avempace, Corona De Aragón, Miguel Catalán, La Salle, Jesuitas, Rosa Molas,
Santo Domingo, Tiempos Modernos, San Valero

